



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" JULIACA  
ESCUELA DE POSTGRADO  
MAESTRÍA EN SALUD



TESIS:

DETERMINANTES DEL ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DE  
EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.

PRESENTADA POR:

RUFINA CANCAPA MADUEÑO

PARA OPTAR EL GRADO DE

MAGÍSTER EN SALUD

MENCIÓN: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

JULIACA – PERÚ  
2015



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" JULIACA  
ESCUELA DE POSTGRADO  
MAESTRÍA EN SALUD



TESIS:

DETERMINANTES DEL ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DE  
EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.

PRESENTADA POR:

RUFINA CANCAPA MADUEÑO

APROBADO POR:

PRESIDENTA DEL JURADO:

-----  
Dra: Giuliana B. Zúñiga Zúñiga

PRIMER MIEMBRO DEL JURADO:

-----  
Dr: Rildo Paúl Tapia Condori

SEGUNDO MIEMBRO DEL JURADO:

-----  
Dr: Eduardo Luján Urviola

ASESORA DE TESIS:

-----  
Mg: Elizabeth Rayan Panche

JULIACA-PERÚ  
2015



*A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.*

*A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.*



*Son muchas las personas especiales a las que me gustaría agradecer su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida.*

*Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en el corazón. Sin importar en dónde estén o si alguna vez llegan a leer estas dedicatorias quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.*

*A la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y la plana docente de la Escuela de Postgrado por la oportunidad que me brindaron para realizar estudios de postgrado.*

*De igual manera agradecer a mi directora de Investigación y de Tesis Mg: Elizabeth Rayan Panche, por su visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos, que ayudan a formarte como persona e investigador.*



## ÍNDICE

DEDICATORIAS.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
ÍNDICE.....	V
RESUMEN.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
INTRODUCCIÓN.....	IX
CAPÍTULO I.....	12
EL PROBLEMA.....	12
1.1 Análisis de la situación problemática.....	12
1.2 Formulación del problema.....	13
1.3 Justificación de la investigación.....	14
1.4 Objetivos.....	15
CAPÍTULO II.....	16
MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 Antecedentes de la investigación:.....	16
2.2 Bases Teóricas.....	21
2.3 Marco Conceptual.....	43
2.4 Hipótesis.....	47
2.5 Análisis de variables e indicadores:.....	47
CAPÍTULO III.....	49
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
3.1 Método de investigación.....	49
3.2 Diseño de la investigación.(diseño, tipo y nivel).....	49



3.3 Tipo de investigación: .....	49
3.4 Nivel de investigación: .....	49
3.5 Población y muestra: .....	50
3.6 Técnicas e instrumentos de investigación:.....	51
3.7 Diseño de contrastación de la hipótesis:.....	52
3.8 Estilos o normas de redacción:.....	53
3.9 Matriz de consistencia. ....	53
CAPÍTULO IV.....	57
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	57
4.1 Resultados y discusión. ....	57
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	79
CONCLUSIONES.....	79
SUGERENCIAS.....	81
CAPÍTULO V.....	83
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	83
ANEXOS.....	91





## RESUMEN

La función sexual constituye la expresión de la integridad orgánica y funcional del sistema neuroendocrino y del aparato reproductor que permite al organismo llevar a cabo la actividad sexual con una respuesta adecuada. Esta respuesta está influida por múltiples factores psicológicos, socioculturales y biológicos, algunos de los cuales pueden favorecerla y otros inhibirla. La presente investigación se realizó con el propósito de Identificar las determinantes del índice de la función sexual en mujeres de edad media que laboran en la Red de Salud Puno. 2014. MATERIAL Y MÉTODOS: Es de tipo Descriptiva correlacional. No experimental. Diseño de investigación: Transversal y cuantitativo. POBLACION: Estuvo representada por el 100% de mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud de Puno. Cifra representada por 857 casos. La muestra quedó representada por 261 mujeres en edad media. RESULTADOS: El índice de la función sexual en mujeres de edad media que laboran en la Red de Salud Puno en el 84% no presentan disfunción sexual y el 16% si presentan disfunción sexual. Los factores físicos (deterioro funcional por tratamientos del cáncer 2%, fatiga en el 8%, dolor en el 8%, mal estado de salud en el 9%, disfunción sexual eréctil siempre en el 4% y eyaculación precoz siempre en el 3%) son factores determinantes de disfunción sexual en mujeres de edad media que laboran en la Red de Salud Puno. En cuanto a los factores psicológicos (depresión coexistente en el 4% e imagen corporal negativa en el 4%) son factores determinantes de la índice de función sexual en mujeres de edad media que laboran en la Red de Salud Puno. En relación a los factores personales (edad media de 35 a 39 años 4% y estado civil solteras en el 4%) son factores determinantes de la índice de función sexual en mujeres de edad media que laboran en la Red de Salud Puno. CONCLUSIÓN: En la presente investigación se ha encontrado diversas las determinantes (físicas, psicológicas y personales) del índice de la función sexual en mujeres de edad media que laboran en la Red de Salud Puno. 2014. Con lo que queda demostrada la hipótesis planteada. PALABRAS CLAVES: Índice de función sexual mujeres edad media. Condicionantes.



## ABSTRACT

Sexual function is an expression of the organic and functional integrity of the neuroendocrine system and the reproductive system allowing the body to perform sexual activity with an appropriate response. This response is influenced by many psychological, cultural and biological factors, some of which may favor it and others inhibit it. This research was conducted in order to identify the determinants of the rate of sexual function in middle-aged women working in Puno Health Network. 2014. MATERIAL AND METHODS: descriptive correlational. No experimental. Research Design: Cross-sectional and quantitative. POPULATION: It was represented by 100% in middle age women who work in the Health Network Puno. Figure represented 857 cases. The sample was represented by 261 women in middle age. RESULTS: The rate of sexual function in middle-aged women working in Puno Health Network in 84% have no sexual dysfunction, and 16% if they have sexual dysfunction. Physical factors (functional impairment by cancer treatments 2%, 8% fatigue, pain in 8%, poor health at 9%, always erectile sexual dysfunction and premature ejaculation 4% 3% always ) are determinants of sexual dysfunction in middle-aged women working in Puno Health Network. As for the psychological factors (depression coexisting in 4% and negative body image in 4%) are determinants of the rate of sexual function in middle-aged women working in Puno Health Network factors. In relation to personal factors (mean age 35-39 years 4% and single marital status 4%) are determinants of the rate of sexual function in middle-aged women working in Puno. CONCLUSIÓN Health Network: In the present research it has found various (physical, psychological and personal) determining the rate of sexual function in middle-aged women working in Puno Health Network. 2014. Thus the hypothesis is proved.

KEYWORDS: female sexual function index middle age. Conditioning.





## INTRODUCCIÓN

La función sexual constituye la expresión de la integridad orgánica y funcional del sistema neuroendocrino y del aparato reproductor que permite al organismo llevar a cabo la actividad sexual con una respuesta adecuada. Esta respuesta está influida por múltiples factores psicológicos, socioculturales y biológicos, algunos de los cuales pueden favorecerla y otros inhibirla.

El sexo despierta, probablemente, más interés y, al mismo tiempo, más confusión que cualquier otro aspecto de la vida humana.

A nivel puramente biológico, el sexo es un mecanismo mediante el cual los humanos, al igual que cualquier otra especie animal y vegetal evolucionada, se reproducen.

La sexualidad: Es la capacidad de expresar sentimientos y emociones profundas como el amor que enriquece el espíritu y condiciona muchos aspectos del comportamiento afectivo del individuo. La función sexual no es otra cosa que la integración armónica del sexo (netamente biológico) con la sexualidad (que se manifiesta mediante la actitud psicológica frente al sexo e implica, al mismo tiempo, la expresión de sentimientos).

La sexualidad en el ser humano comienza incluso desde el vientre materno, pero como mera respuesta de su sexo, esto se hace cada vez mayor a medida que el sujeto crece y comienza a aparecer el interés sexual que empieza a tener un mayor sentido de erotismo.



La mayoría de las mujeres no tienen grandes dificultades con la función sexual, lo que se constata por la alta frecuencia del orgasmo y de las relaciones sexuales, y la baja frecuencia de la dispareunia y de la disminución del deseo sexual; es poco común que valoren sus relaciones sexuales y las relaciones con su pareja como insatisfactorias.

El grado de satisfacción de las relaciones sexuales puede considerarse como un marcador que resume el estado de la función sexual. Las alteraciones de la función sexual son frecuentes en las mujeres perimenopáusicas, aunque no en todas.

Con relativa frecuencia los trastornos relacionados con la esfera sexual no solo dependían de las mujeres sino también de su pareja. Además, algunas de las hormonas de la reproducción influyen en la función sexual pero no la determinan, como es el caso de la testosterona (T) y la dehidroepiandrosterona sulfato (DHEAs).

El estudio de la función sexual se consideró tabú en el pasado. No fue hasta 1996 que Master y Johnson<sup>1</sup> publicaron un estudio con verdadera base científica titulado "La respuesta sexual humana"; desde entonces hasta nuestros días múltiples han sido los aportes en este campo.

En nuestro medio son pocos los estudios realizados respecto del índice de función sexual en la mujer de allí la importancia de realizar la investigación titulada "Determinantes Del Índice De La Función Sexual En Mujeres De Edad Media Que Laboran En La Red De Salud Puno. 2014."

---

<sup>1</sup> Master WH, Hohnson VE. La respuesta sexual humana. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1981



Para realizar la presente investigación fue necesario contar con dos instrumentos de recolección de datos un test para calcular el índice de función sexual y una encuesta para conocer las determinantes de la función sexual.





## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA.

#### 1.1. Análisis de la situación problemática.

La función y la satisfacción sexuales son procesos complejos, mucho más complejos en la mujer que en el varón. Al mismo tiempo cuando la función sexual femenina es normal, es mucho más vulnerable que el sexo masculino y mucho más difícil de restaurar. Hasta un tercio de las mujeres pueden presentar algún tipo de alteración hormonal o genital que afecta negativamente a la sexualidad femenina. Los factores causantes son muy variados, incluso relacionados con la pareja.<sup>2</sup>

La sexualidad es una parte fundamental en la vida del ser humano, mediante ella este ha podido reproducirse, conocer su anatomía y relacionarse con el sexo opuesto. Anteriormente, y aun en muchas culturas como la hispana, la mujer ha vivido su sexualidad de una forma reprimida, con numerosos temores y tabúes producto de la información que a través de los años estas han recibido.

Cuando se habla de sexualidad, en su sentido más amplio se considera el conjunto de condiciones, estructuras, fisiología, comportamiento y contexto sociocultural que permiten el ejercicio de la función sexual; abarcando los

---

<sup>2</sup> Gorguet, I. Comportamiento sexual humano. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2008.



sentimientos, la conducta, la manera de expresarse y de relacionarse con los demás. La sexualidad humana influye no sólo en la relación hombre-mujer, abarca también las demás relaciones que involucran personas.

El bienestar sexual es uno de los factores primordiales en la sensación de placer de la mujer, ya que logra unificar la satisfacción física-emocional, además de fortalecer su propia identidad y sentido de feminidad, elementos claves en la percepción de la calidad de vida de la mujer.

La función sexual femenina es un importante indicador de la calidad de vida, la cual puede verse afectada en las diferentes etapas de la vida de la mujer, en la presente investigación se pretende establecer el índice de función sexual en mujeres en edad media de la ciudad de Puno.

La disfunción sexual femenina (DSF) incluye múltiples desórdenes frecuentes presentes en una de cada tres mujeres, razón por la que es necesario el conocimiento de la fisiología de la respuesta sexual femenina y sus alteraciones.

## **1.2. Formulación del problema.**

### **1.2.1 Problema general:**

PG. ¿Cuáles son las determinantes del índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno. 2014?.





### 1.2.2. Problemas específicos:

PE 1.- ¿Cuál es el índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno.?

PE 2.- ¿Los factores físicos serán determinantes del índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno.?

PE 3.- ¿Los factores psicológicos serán determinantes del índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno.?

PE 4.- ¿Los factores personales serán determinantes del índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno.?

### 1.3. Justificación de la Investigación.

Las disfunciones sexuales afectan alrededor del 43% de mujeres y 31% de hombres. A pesar del concepto de igualdad de género en los derechos sexuales, no tenemos información epidemiológica de la Disfunción Sexual femenina (DSF) en nuestro medio.

La presente investigación va a llenar un vacío en el conocimiento por cuanto en nuestro medio no se han realizado investigaciones en cuanto al índice de función sexual en mujeres que laboran en la Red de Salud Puno.

La detección oportuna de los factores determinantes de disfunciones sexuales van a permitir a estas mujeres consultar a los profesionales correspondientes sobre los problemas que se detecten con el test de índice de función sexual.

## 1.4. Objetivos.

### 1.4.1 Objetivo General:

OG. Identificar las determinantes del índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno. 2014.

### 1.4.2 Objetivos Específicos:

OE 1.- Evaluar el índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno.

OE 2.- Concatenar los factores físicos (deterioro funcional por tratamientos del cáncer, fatiga, dolor, estado de salud, disfunción sexual eréctil y eyaculación precoz) como determinantes del índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno.

OE 3.- Relacionar los factores psicológicos (depresión coexistente e imagen corporal) como determinantes del índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno.

OE 4.- Vincular los factores personales (edad y estado civil) como determinantes del índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes de la investigación:

##### 2.1.1 Antecedentes A Nivel Internacional.

**Blümel, J., Binfa L., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre, H., Sarrá, S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Chile. 2004.**

Objetivo. Aplicar y validar en una población chilena el "Índice de Función Sexual Femenina" establecido en el International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions. Material y método. 383 mujeres sanas de 20 a 59 años con actividad sexual, beneficiarias del Centro de Salud "Carol Urzúa". Instrumento: cuestionario de 19 preguntas, agrupadas en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Análisis estadístico: Se utilizó ANOVA, Kruskal-Wallis, Chi cuadrado, regresión logística y alpha de Cronbach.

Resultados. Edad media:  $35,3 \pm 10,9$  años, casadas (50,4%) o conviviente (17,0%), con educación media (48,2%). La consistencia interna del test fue buena ( $>0,70$ ). La sexualidad logra su máxima expresión a los 35-40 años (puntaje:  $29,1 \pm 4,9$ ) para caer posteriormente ( $21,0 \pm 6,0$ ), especialmente el deseo y excitación. Después de los 44 años se incrementa el riesgo de

disfunción sexual (OR:3,6; IC: 2,1-6,3;  $p < 0,0001$ ). La mayor educación y la estabilidad de pareja disminuyen el riesgo (OR: 0,45; IC:0,28-0,80;  $p < 0,005$  y OR:0,58; IC:0,35-0,98;  $p < 0,05$  respectivamente). La población estudiada corresponde a mujeres con una edad mediana de 51 años, 55% fueron posmenopáusicas, 47% tenían un índice de masa corporal excesivo y 7% hipertensión. El 4,5% usaban terapia hormonal y 20% psicótropos. El 88% de las mujeres tenían pareja, 1% de ellos consumían alcohol y 8% tenían disfunción eréctil.

#### Conclusiones.

El Índice de Función Sexual Femenino es un instrumento sencillo de aplicar, con propiedades psicométricas adecuadas que permite evaluar la sexualidad en diferentes etapas de la vida. Es adecuado para estudios epidemiológicos y clínicos.<sup>3</sup>

**Herrera, A., Arriagada, J., González, C., Leppe, J., Herrera, F. Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. España. Actas urológicas españolas, Junio del 2008.**

Introducción: El envejecimiento constituye un proceso natural e inevitable, se manifiesta mediante cambios físicos, psicológicos, emocionales, sociales y que puede provocar eventos indeseados, como la Incontinencia Urinaria (IU). Tal condición se incrementa con la edad, es más frecuente en la mujer y puede producir trastornos en la calidad de vida, como aislamiento social, temor, vergüenza, postergación personal, etc.

<sup>3</sup> Blümel, J., Binfá L., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre, H., Sarrá, S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Chile. 2004



El presente estudio tuvo por objetivo, describir la calidad de vida y la función sexual en mujeres posmenopáusicas según el tipo de IU a través del uso de cuestionarios específicos.

Material y Método: Estudio descriptivo, transversal, entre junio y septiembre del 2006, participaron 46 mujeres postmenopáusicas mayores de 50 años, con diagnóstico clínico y urodinámico de IU, vida sexual activa en los últimos 3 meses. Todas las participantes contestaron el Cuestionario de Salud King (KHQ) y Índice de Función Sexual Femenina (IFSF).

Resultados: De acuerdo al tipo de IU se encontró que el 43,5% presentó IU Mixta, el 37% IU Esfuerzo y el 19,6% IU Urgencia.

Los dominios más afectados en el total de las mujeres con respecto a calidad de vida fue "impacto de la IU" (65,2%), "actividades realizadas" (56,5%) y el menos afectado fue "relaciones personales" (15,2%). La IU Mixta (43,5%) tuvo mayor afectación en la mayoría de los dominios del KHQ, lo que indica mayor deterioro de calidad de vida.

Los desórdenes más prevalentes de la función sexual femenina fueron la disminución del "deseo" (45,7%) y "excitación" (30,4%) y los dominios menos afectados fueron la "satisfacción" (8,7%) y "dolor" (6,5%). El tipo de IU que presentó los puntajes más bajos en el IFSF fue la IU Mixta.

Conclusiones: La IU afecta la calidad de vida y la función sexual siendo la IUM la que presenta mayor grado de afectación, en comparación a los otros dos tipos.





Debido a que la IU es una condición altamente tratable, es necesaria una evaluación integral de estos pacientes, bajo un modelo bio--social, teniendo como paradigma central, mejorar la calidad de vida, considerando la propia percepción del paciente.

Palabras clave: Incontinencia urinaria. Incontinencia urinaria esfuerzo. Incontinencia urinaria urgencia. Calidad de vida. Función sexual. Postmenopausia<sup>4</sup>

#### 2.1.2 Antecedentes a nivel nacional.

**Huallpa, A., Soria, N. Una exploración de la disfunción sexual femenina no orgánica en adultas tempranas atendidas en un establecimiento del Ministerio de Salud de Lima Metropolitana 2013. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú. 2013.**

Objetivos: Comprender el significado de la disfunción sexual femenina no orgánica desde los discursos de las mujeres adultas tempranas atendidas en un establecimiento del Ministerio de Salud de Lima Metropolitana 2013.

Materiales y Métodos: Diseño metodológico cualitativo fenomenológico. La muestra está constituida por diecisiete mujeres adultas tempranas con disfunción sexual femenina de origen no orgánico con tiempo de convivencia mayor a un año determinada por punto de saturación.

---

<sup>4</sup> Herrera, A., Arriagada, J., González, C., Leppe, J., Herrera, F. Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. España. Actas urológicas españolas, Junio del 2008.



Se utilizó una guía de entrevista a profundidad en base a los objetivos del estudio.

Resultados Y discusiones: La presente investigación permitió la identificación de las siguientes categorías: vivencias experimentadas durante la niñez en mujeres con disfunción sexual, vida cotidiana en pareja, vivencias relacionadas al acto sexual en la mujer con disfunción sexual, sentimientos de las mujeres respecto a la disfunción sexual, importancia que la mujer le brinda a la disfunción sexual, cómo afronta la mujer la disfunción sexual, razones atribuidas por la mujer a la disfunción sexual, repercusiones de la disfunción sexual femenina, motivaciones en la vida de la mujer con disfunción sexual, temores en la vida de la mujer con disfunción sexual.

El significado que las mujeres le dan a la disfunción sexual femenina está en relación a la importancia, sentimientos y la forma como afronta el problema.

Consideraciones finales: El significado de vivir con disfunción sexual femenina para las mujeres adultas tempranas es que la disfunción sexual es una condición no normal, que requiere ayuda, mas no es considerada completamente como una enfermedad.

Palabras clave: Disfunción sexual femenina no orgánica, adultas tempranas, investigación cualitativa

**Gabor, I., Paredes, F., Caffo, R. Comparación del efecto del tipo de histerotomía abdominal sobre la función sexual femenina. Rev Per Gicel Obst. 2005. 188-195.**

Objetivo: comparar el efecto del tipo de histerectomía abdominal sobre la función sexual femenina. El universo estuvo constituido por el total de mujeres histerectomizadas vía abdominal en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Entre enero del 2001 a diciembre del 2003.<sup>5</sup>

Resultados de la investigación.

	HAT		HAsT		Prueba
CARACTERÍSTICAS	Nro	DE%	Nro	DE%	
Edad en años	42.9	4.3	41.8	6.6	1078
Nro de hijos	3	1.6	2.7	1.5	1025
Nivel educativo					
medio/alto	43	79.6	45	83.3	
bajo	11	20.4	9	16.7	
Nivel socioeconómico					
Alto	3	5.6	1	1.8	
Medio	29	53.7	32	59.3	
Bajo	22	40.7	21	38.9	
Hist Cirugía abdomen	22	40.7	24	44.4	-0.389
Comorbilidad	9	16.7	12	22.2	-0.729
Relación de pareja (años)	21.0	5.4	20.0	7.3	0.802
Ind. Para histerectomía					
Miomatosis uterina	44	81.5	41	75.9	0.705
EPI Crónica	7	13.0	6	11.1	0.296
Tumoración ovárica benigna	2	3.7	2	3.7	0
Dolor pélvico crónico	-	-	3	5.6	
Hiperplasia endometrial	1	1.8	2	3.7	-0.586
Frecuencia de actividad sexual					1,987
0 a 1 al mes	15	27.8	9	16.7	
Más de una al mes	30	55.5	29	53.7	
Hasta una vez a la semana					
Más de una vez a la semana	9	16.7	16	29.6	
Disfunción sexual previa	19	35.2	17	31.5	

<sup>5</sup> Gabor, I., Paredes, F., Caffo, R. Comparación del efecto del tipo de histereaoomía abdominal sobre la función sexual femenina. Rev Per Gicel Obst. 2005. 188-195.

## 2.2 Bases Teóricas.

### 2.2.1. El índice de función sexual.

#### 2.2.1.1 Definición.

Se refiere a la actividad relacionada con los órganos, glándulas y hormonas sexuales. Mediante ella se expresa la sexualidad humana, se perpetúa la especie y se permite a la pareja mantener una íntima comunicación y el disfrute de sensaciones placenteras.<sup>6</sup>

Rosen y cols, desarrolló un instrumento que cumplía la clasificación del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions, que es auto administrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. Lo denominó "Índice de Función Sexual Femenina" y demostró su confiabilidad y propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina.<sup>7</sup>

Un gran avance, ha sido la clasificación realizada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) que ha agrupado los trastornos de respuesta sexual normal en cuatro tipos:

1. Trastornos del deseo;
2. Trastornos de la excitación;

<sup>6</sup> Blümel, J., Binfa L., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre, H., Sarrá, S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Chile. 2004. Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 69(2) 118-125.

<sup>7</sup> Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. Journal of Sex & Marital Therapy 2000; 26: 191-208

3. Falla orgásmica; y

4. Dolor sexual.

Con esta clasificación se encontró que el 43% de las mujeres entre 18 y 59 años tienen trastornos de la respuesta sexual.

#### 2.2.1.2 Los Elementos de la Función Sexual.

La función sexual comprende:

**a. Deseo sexual:** el deseo sexual comienza con la atracción física entre dos personas y se manifiesta a través del acercamiento, la comunicación interpersonal, miradas, caricias, etc.

**b. Erotismo:** se refiere al atractivo sexual que tienen las personas, situaciones o cosas. Cada sujeto nace con su carga de erotismo y la desarrolla y enriquece a través de actitudes, vestimentas y comportamientos; por ejemplo: el maquillaje y la ropa sensual de la mujer; la vestimenta y la actitud galante en el hombre.

**c. Autocontrol:** el ser humano a diferencia de los animales, tiene la capacidad de auto controlarse, es decir en él priva el instinto. El autocontrol permite al individuo canalizar los impulsos sexuales y reflexionar sobre su comportamiento sexual.

#### 2.2.1.3 Salud Integral.

**a. Definición.** La salud es el estado de bienestar físico, psíquico y social del individuo.



La salud integral depende de:

- La salud física.
- La salud mental y social.
- La identificación sexual.

La salud integral permite el optimismo desarrollo de las capacidades físicas, psíquicas, intelectuales y sociales del individuo.<sup>8</sup>

## **b. Función Sexual del Cuerpo de la Mujer.**

### **b.1 Los Ciclos Naturales del Cuerpo Maduro de una Mujer.**

Para poder hablar sobre sexo, resulta útil saber sobre las estructuras y las hormonas que también están involucradas en el proceso de tener hijos. Los médicos le llaman a esto sistema reproductor.

Durante la edad reproductiva de la mujer (años en los que puede procrear), los ovarios se turnan cada mes en la producción de un óvulo maduro. Cuando el óvulo es liberado, éste viaja a través de un conducto (la trompa de Falopio) hacia el útero. Una mujer puede quedar embarazada (naturalmente) solamente si un espermatozoide viaja a través de la abertura en la parte inferior de su útero (cuello uterino) para unirse al óvulo. El cuello uterino es el pasaje para que el espermatozoide ingrese al cuerpo de la mujer, así como para que el bebé salga del cuerpo de la madre al nacer.

---

<sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud, 2008.



Un óvulo permanece en estado fértil solo durante dos días aproximadamente. Si una mujer no queda embarazada en ese momento, el revestimiento abundante del útero que se ha acumulado durante las semanas anteriores pasa a través del cuello uterino y hacia la vagina resultando en el flujo menstrual. En caso de que quede embarazada, el revestimiento permanece en su lugar para alimentar al bebé en crecimiento (feto).

Las hormonas controlan estos ciclos periódicos que el cuerpo maduro de una mujer experimenta cada mes.

## **b.2 Hormonas.**

Los ovarios por lo general dejan de producir óvulos y reducen en gran medida su producción hormonal alrededor de los 50 años, aunque la edad varía para cada mujer. A esto se le conoce como menopausia o "el cambio de vida". Algunas mujeres temen que su deseo sexual desaparecerá con la menopausia, pero para una gran parte de ellas la reducción de estas hormonas ováricas no aminora el deseo sexual en lo absoluto.<sup>9</sup>

Las hormonas que contribuyen al deseo sexual en una mujer se llaman estrógenos y andrógenos. Los andrógenos son considerados hormonas masculinas, pero el cuerpo de la mujer también produce una cantidad pequeña de estas hormonas. Alrededor de la mitad de los andrógenos en la mujer son producidos en las glándulas adrenales que se ubican arriba de los riñones. Los ovarios se encargan de producir el resto de los andrógenos en la mujer.

---

<sup>9</sup>Tresguerres JAF. Fisiología humana. 3.a ed. Madrid: McGraw Hill- Interamericana; 2005. p. 1134-46.



Después de que una mujer pasa por la menopausia natural, las glándulas adrenales continúan su producción de hormonas. Hay generalmente suficiente producción de andrógenos incluso después de que los ovarios dejen de producirlos como para que el deseo sexual permanezca.<sup>10</sup>

La mayoría de las mujeres conservan su interés por el sexo incluso durante los cambios hormonales que están sucediendo en el cuerpo, tal como ocurre con el ciclo menstrual, el embarazo, la menopausia o al estar tomando anticonceptivos.

### **b.3 El Papel del Estrógeno.**

El estrógeno es una hormona que ayuda a que la vagina permanezca húmeda y flexible, y contribuye a los cambios que ocurren con la vagina durante la excitación sexual. Cuando una mujer no está sexualmente excitada, su vagina no es un túnel abierto, como algunos piensan.<sup>11</sup>

En lugar de eso, la vagina permanece relajada y plegada de tal forma que sus paredes están en contacto. A medida que una mujer comienza sentir excitación sexual, la vagina se agranda y dilata. Las células que recubren la vagina segregan gotas pequeñas de fluido que la lubrican y la hacen resbalosa.

<sup>10</sup> Garder, David. Endocrinología Básica y Clínica de Greenspan. 7ª ed., Ed. Manual Moderno, 2007.

<sup>11</sup> Navarro DA, Duany A. Expresión del cese de la función reproductiva del ovario. En: Artiles Visbal L, Navarro Despaigne DA, Manzano Ovies BR, editores. Climaterio y menopausia. La Habana: Editorial Científico-Técnica. 2007. p.156.

Estos cambios dependen de los estrógenos. Si los niveles de estrógeno en una mujer son bajos, como podrían serlo tras la menopausia, puede que los cambios en la vagina descritos anteriormente se den más lentamente.<sup>12</sup>

#### **b.4 Sin estrógenos:**

- El revestimiento vaginal se adelgaza.
- Las paredes vaginales pierden parte de su elasticidad.
- Puede que la vagina permanezca estrecha y con algo de sequedad, incluso al haber mucha excitación. Esta afección se conoce como atrofia vaginal.

#### **2.2.1.4 Orgasmo Femenino.**

A medida que la mujer se excita sexualmente, el sistema nervioso envía señales de placer al cerebro. Si se estimula al tocarse, por ejemplo, las señales se intensifican y puede que activen un reflejo orgásmico. Durante el orgasmo, los músculos alrededor de los genitales se contraen de manera rítmica. La liberación repentina de la tensión muscular envía oleadas de placer a través de la región genital y a veces a través del cuerpo entero. Enseguida, la mujer se siente relajada y satisfecha.

Puede que los orgasmos cambien con el tiempo en una mujer. A veces, puede que no logre el orgasmo o que logre uno con cada relación sexual. En ocasiones, puede que tenga orgasmos múltiples, uno tras otro. Como parte del

---

<sup>12</sup> Guyton, C.G. and HALL, J.E. Tratado de Fisiología Médica. 11ª Edición. Elsevier, 2006. Págs. 1023-24.



proceso natural del envejecimiento, puede que tome más tiempo y/o más estimulación para lograr el orgasmo.<sup>13</sup>

#### **a. Cómo Ocurren los Orgasmos.**

El orgasmo es un reflejo natural, pero la mayoría de las mujeres requiere un poco de experiencia para aprender a provocar dicho reflejo. A menudo resulta más difícil alcanzar el orgasmo durante el coito que mediante las caricias en la parte exterior de la región genital, por lo general en el clítoris o a su alrededor. Alrededor de una de tres mujeres en los Estados Unidos no logra el orgasmo sin un contacto adicional al coito.<sup>14</sup>

No está demostrado que los orgasmos durante el coito sean mejores que otros orgasmos. Además, puede que los orgasmos en los que ambos integrantes en una pareja logran el clímax al mismo tiempo no sean una meta realista para muchas parejas.

Existen muchas fuentes de excitación con las que se logra el orgasmo, las cuales difieren para cada mujer. Algunas mujeres pueden lograr el orgasmo con tan solo tener una fantasía sexual nítida o al recibir caricias en sus senos. Puede que otras lo logren durante un sueño que estén teniendo mientras duermen. Sin embargo, la mayoría de las mujeres requiere de alguna caricia en su región genital para lograr el orgasmo.

---

<sup>13</sup> Farramola, L., Erice, T., Frias, Y. Anorgasmia femenina como problema de salud. Rev Cubana Invest Bioméd vol.30 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2011.

<sup>14</sup> Masso, E. La sexualidad femenina, el holismo epistemológico y la complejidad: reflexiones para la vida contemporánea. Rev. Estud. Fem. vol.17 no.2 Florianópolis May/Aug. 2009.



Las partes de los órganos genitales femeninos (refiérase a la ilustración) con la mayor sensibilidad al tacto son el clítoris y los labios interiores. La parte exterior de la región genital (llamada vulva) incluye labios exteriores, labios interiores, clítoris y la entrada vaginal. Los labios exteriores están llenos de tejido esponjoso, los cuales protegen a los labios interiores y al clítoris. La abertura de la uretra (el conducto por donde fluye la orina desde la vejiga) se encuentra entre los labios interiores y la parte trasera del clítoris. El ano (abertura de los intestinos) se encuentra detrás de la vagina.

Cuando una mujer se excita sexualmente, toda la región genital se dilata. También adquiere un matiz rosa más intenso a medida que la sangre se apresura para concentrarse bajo la piel de dicha región.<sup>15</sup>

#### **b. Área Genital de la Mujer.**

Muchas mujeres logran el orgasmo con la mayor facilidad mediante las caricias al clítoris. Semejante al pene, el clítoris cuenta con cabeza y cuerpo. Su función es enviar mensajes de placer al cerebro al ser acariciado.

La cabeza del clítoris es tan sensible que puede irritarse a raíz de frotarse demasiado rápido o bruscamente. La irritación puede prevenirse al usar un lubricante y con caricias que hagan contacto a un área cercana y no directa a la cabeza del clítoris.

Otras áreas, incluyendo los labios exteriores y el ano, también pueden proporcionar placer al frotarse. Las zonas de sensibilidad en cada mujer varían ligeramente.

---

<sup>15</sup> Gorguet I. Principales aspectos psicosociales del comportamiento sexual. Medisan. 2008;12(1).

La abertura de la vagina contiene muchas terminaciones nerviosas y suele ser más sensible al roce suave que el fondo de la vagina. Para algunas mujeres, la pared frontal de la vagina (del lado de la vejiga) es más sensible a la presión que la pared trasera durante la actividad sexual.

Algunos sexoterapeutas sugieren que frotar una región de alrededor de dos a diez centímetros (una a cuatro pulgadas) de profundidad sobre la pared frontal de la vagina ayuda a que la mujer logre el orgasmo durante el coito.

#### **2.2.1.5 La Respuesta Sexual Humana.**

Los investigadores de la conducta sexual disponen de tres observaciones (fisiológica, cognitiva y afectiva), que les permiten comprender mejor los aspectos del deseo sexual que dependen de mecanismos cerebrales. El <<apetito sexual>> es, una interacción compleja de procesos cognitivos y fisiológicos, y de unos mecanismos neurofisiológicos y bioquímicos.<sup>16</sup>

##### **a. Bases Fisiológicas y Psicológicas.**

Varias partes del cerebro intervienen en la conducta sexual. Una de las áreas influyentes es el hipotálamo, que controla la liberación de las hormonas hipofisarias, supervisa las variaciones de hormonas en la sangre y activa los circuitos nerviosos implicados en la excitación. Es el cerebro el que indica a las gónadas lo que deben de hacer y cuando.

**a.1. Las Hormonas y la Conducta Sexual:** Las glándulas del sistema endocrino secretan hormonas que se desplazan por la sangre e influyen en

---

<sup>16</sup> Mas, M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. Rev Int Androl. 2007; 5(1): 11-21. Disponible en: [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/262/2\\_62v5n1a13100737pdf001](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/262/2_62v5n1a13100737pdf001).



otros tejidos del cuerpo. Algunas glándulas importantes del cuerpo humano son la hipófisis, los testículos y los ovarios. Las hormonas son sustancias químicas producidas y segregadas por las glándulas endocrinas que afectan a determinados órganos, bien acelerando o ralentizando sus procesos bioquímicos. Las hormonas en la sexualidad humana son la testosterona, los estrógenos y la progesterona. Los testículos producen espermatozoides y andrógenos.

El principal andrógeno es la testosterona, y su secreción da aparición a: la profundidad del tono de voz, el crecimiento corporal o la distribución del vello. En las mujeres los ovarios producen dos hormonas llamadas estrógenos y progesterona. Pero son las glándulas de la hipófisis LH y FSH, las que controlan la emisión de hormonas sexuales en los testículos y los ovarios. En la mujer estas hormonas salen durante la menstruación.

En el hombre, la salida de las hormonas hipofisarias es tónica. En ambos sexos la descarga de hormonas de la hipófisis está controlada por el hipotálamo. Este es un sistema de retroalimentación, que ilustra la interacción existente entre el sistema nervioso y el endocrino.

**a.2 Los Estímulos Psicológicos:** Los estímulos del medio condicionan las reacciones sexuales de cada individuo. La cultura, la familia, los conocimientos que procesa a través de los amigos y las revistas, modelan su conducta sexual. Esta conducta depende de la situación que atraviesa el individuo en una época determinada. Además de los estímulos externos, la elaboración de imágenes mentales son una fuente de estímulos internos. Las personas se excitan

sexualmente por las fantasías, aunque no concuerden con la vida real. La madurez es aprender a crear relaciones en las cuales haya tanto excitación como bienestar, sexo y ternura, espontaneidad y continuidad. Crear una amistad erótica es un arte y un logro significativo.

### **b. Ciclo de la Respuesta Sexual.**

Respuesta sexual los cambios que experimenta un organismo ante la presencia de estímulos erógenos. La estimulación sexual puede producirse de cualquier sentido, y también por la imaginación. En el año 1966 los sexólogos William Masters y Virginia Johnson publicaron sus investigaciones en su obra Respuesta sexual humana. Describieron que el cuerpo de ambos sexos se da dos reacciones básicas ante un estímulo sexual: vascongestión y miotonía que ceden en la etapa de resolución. La respuesta sexual humana consta de cuatro fases:

**-Fase de Excitación:** En el hombre es la erección y en la mujer se lubrica y expande la vagina y los pechos y los pezones se agrandan. En ambos sexos hay un aumento del ritmo cardíaco y la temperatura.<sup>17</sup>

**-Fase de Meseta:** En el hombre se originan sensaciones de inminencia eyaculatoria y en la mujer la secreción vaginal aumenta.

**-Orgasmo:** Durante el orgasmo se libera la tensión acumulada. Se observan contracciones musculares en todo el cuerpo y un aumento de la respiración, el pulso y la presión sanguínea.

---

<sup>17</sup> Adam B. Cuidados, intimidad y relaciones entre sexos iguales en el siglo XXI. Sexología y Sociedad 2005; 11 (28): 21-31.

**-Fase de Resolución:** Las constantes vitales recuperan su tono normal. Se produce una sensación de relax y bienestar general.

#### **2.2.1.6. Disfunciones Sexuales.**

Las disfunciones sexuales pueden manifestarse en cualquiera de las fases e impiden que una persona participe o disfrute del sexo. W. Masters y V. Johnson establecen una clasificación:

##### **A) Disfunciones de la Mujer:**

**-Excitación Sexual Inhibida.-** Las causas más frecuentes: percibir el como algo culpabilizador, desconocimiento sexual, vergüenza o miedo al rechazo.

**-Vaginismo.-** Es la aparición de un espasmo muscular del tercio exterior de la vagina que obstaculiza la actividad sexual.

**-Anorgasmia.-** Dificultad de alcanzar el orgasmo por una inadecuada estimulación, desconocimiento del propio cuerpo, etc.

**-Dispareunia.-** Es el dolor genital durante el coito por falta de lubricación vaginal.<sup>18</sup>

##### **B) Disfunciones en el hombre:**

**-Excitación Sexual Inhibida.-** Consiste en la disminución de la excitación sexual.

---

<sup>18</sup> Huallpa, A., Soria, N. Una exploración de la disfunción sexual femenina no orgánica en adultas tempranas atendidas en un establecimiento del Ministerio de Salud de Lima Metropolitana 2013. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú. 2013.





**-Erección.-** Las causas pueden ser orgánicas, por ingestión de drogas, o el estrés y a la ansiedad por ejemplo.

**-Eyaculación Precoz.-** Se produce cuando no se controla la eyaculación y se realiza en completa asincronía con la otra persona.

**-Orgasmo Inhibido.-** Ausencia de eyaculación después de un periodo de excitación sexual.

**-Causas Psicológicas.-** Pueden ser consecuencias de trastornos físicos o por ingestión de determinadas sustancias. Las principales causas son las personales y las impersonales.

### **2.2.2.- Determinantes de la Función Sexual en la Mujer:**

La función sexual puede estar afectada por determinantes multifactoriales: factores tanto físicos como psicológicos contribuyen a su presentación.

#### **2.2.2.1 Determinantes Físicos:**

Los siguientes son los factores físicos:

- Deterioro funcional secundario a los tratamientos del cáncer.
- Fatiga.
- Dolor.
- Estado de salud.
- Disfunción eréctil del varón.

- Eyaculación precoz.

**-Deterioro Funcional Secundario a los Tratamientos del Cáncer.** La cirugía puede afectar directamente la función sexual. Los factores principales que pueden orientar sobre la función sexual después de la cirugía son: la edad, la función sexual y de la vejiga urinaria antes de la cirugía, la localización y medida del tumor y la extensión de tejido a extraer en la intervención quirúrgica. Las cirugías que más frecuentemente afectan esta función son las que se practican en el cáncer de mama, colorectal, de próstata y otros tumores pelvianos.

Además, los tratamientos del cáncer, como la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia y el trasplante de médula ósea pueden tener un efecto fisiológico directo en la función sexual.

Los medicamentos que se usan para tratar el dolor, la depresión y otros síntomas pueden contribuir a la disfunción sexual.

Las mujeres que mostraron interés en la sexualidad fueron las que terminaron los tratamientos de cáncer hace más de cuatro años. Programa de intervención grupo que proporcionó a las mujeres con las estrategias y habilidades que les ayudó a mejorar el deseo sexual y la calidad de sus relaciones sexuales.<sup>19</sup>

**-Fatiga.** Es una sensación de falta de energía, de agotamiento o de cansancio.

La fatiga es diferente de la somnolencia. Por lo general, la somnolencia es la sensación de una necesidad de dormir, mientras que la fatiga es una falta de

---

<sup>19</sup> Lumbreras, S., y García, T. Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. Psicooncología . 2008, Vol. 5 Issue 1, p155-170. 16p.

energía y de motivación. La somnolencia y la apatía (un sentimiento de no importarle qué suceda) pueden ser síntomas que acompañan a la fatiga.

Existen muchas causas posibles de la fatiga, por ejemplo:

- Anemia (incluso anemia ferropénica).
- Depresión o aflicción.
- Deficiencia de hierro (sin anemia)
- Medicamentos como sedantes o antidepresivos.
- Dolor persistente.
- Hipotiroidismo o hipertiroidismo.
- Consumo de alcohol o de drogas.

**-Dolor.** Los trastornos de dolor sexual afectan casi exclusivamente a las mujeres y son conocidos como dispareunia (relación sexual dolorosa) y vaginismo (espasmo involuntario de la musculatura de la vagina que interfiere con la penetración). La dispareunia puede ser causada por lubricación insuficiente.

Toda paciente con quejas de sequedad vaginal, dispareunia, vaginismo y/o contracciones dolorosas, debe ser sometida a una exploración ginecológica completa.

Esto es muy importante para determinar si la queja de la paciente se puede relacionar con los cambios que ocurren en los órganos sexuales en el

envejecimiento, o si es consecuencia de una infección, un tumor, un prolapso uterino u otros factores. Con menos frecuencia, las disfunciones sexuales pueden ser consecuencia de problemas endocrinos. Entre otras causas. Dentro de las infecciones encontramos las causadas por bacterias (cocos de diversas especies), Gardnerella, hongos (principalmente candidiasis), o parásitos como Trichomonas vaginales.<sup>20</sup>

#### **- Estado de Salud.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como el estado de completo bienestar, físico, mental, social y no sólo como la ausencia de enfermedad.

Disfrutar de una buena salud depende de las siguientes condiciones:

- Vivir en un ambiente sano.
- Disponer de una asistencia sanitaria eficaz.
- Llevar un estilo de vida saludable.

#### **-Disfunción Eréctil del Varón.**

La impotencia sexual masculina o disfunción eréctil es la incapacidad persistente para conseguir o mantener una erección que permita una relación sexual satisfactoria. Debe diferenciarse de otros problemas de la esfera sexual como son la falta de deseo, las alteraciones de la eyaculación (eyaculación

---

<sup>20</sup> Sánchez, JA, JPaulín, JA, Rebollo-Ramírez MF, Islas, G, Rivera, JA Detección de dispareunia asociada a infección cervicovaginal Rev Latinoamer Patol Clin 2011; 58 (4).

prematura, eyaculación retrasada, ausencia de eyaculación) o los trastornos del orgasmo.<sup>21</sup>

**.Causas Psicológicas:** El pene no tiene ninguna alteración física, pero problemas psicológicos como la ansiedad (provocada con frecuencia por el miedo a no conseguir una erección o a defraudar a la mujer), la depresión, los problemas con la pareja e incluso el estrés pueden afectar al acto sexual. También la preocupación excesiva por los problemas laborales, sociales o familiares implica que no se dedique la atención necesaria al acto sexual. La fatiga, la inapetencia, la falta de ejercicio, el insomnio o un fracaso laboral también desequilibran los reflejos sexuales.

**.Causas Vasculares:** Son muy habituales. El pene no puede acumular la sangre necesaria para que se dé una erección, generalmente porque no llega en suficiente cantidad. Fumar, sufrir hipertensión arterial, diabetes, algunas enfermedades cardíacas y variaciones en los niveles de colesterol en sangre pueden provocar trastornos vasculares que dificulten la erección.

**.Causas Neurológicas:** En estos casos se produce una interrupción en la transferencia de mensajes del cerebro al pene porque existe una lesión en los nervios implicados. Esto ocurre con las lesiones de la médula espinal, la esclerosis múltiple o las intervenciones quirúrgicas en la pelvis.

**.Causas Hormonales:** Son poco frecuentes. Generalmente se deben a una falta de hormonas sexuales masculinas.

---

<sup>21</sup> Wespes, E. Amar, E., Eardley, I., et al. Guía clínica sobre la disfunción sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz. c European Association of Urology 2010.





**.Causas Farmacológicas:** Existen varios medicamentos que tienen como efecto secundario disminuir la capacidad de tener una erección. Entre ellos hay algunos fármacos para tratar la hipertensión, las enfermedades cardíacas y los trastornos psiquiátricos.

### **-Eyaculación precoz.**

La eyaculación precoz es una falta de control sobre el reflejo eyaculatorio; por tanto, es un trastorno de la fase del orgasmo durante la relación sexual. La gran mayoría de los hombres experimentaron una eyaculación precoz en algún punto de su vida sexual.

Es el problema sexual más frecuente en hombres, afectando a entre el 25 y el 40 % de ellos. En los casos más graves, el hombre eyacula antes de la penetración de su pareja o segundos después de hacerlo.<sup>22</sup>

La eyaculación precoz primaria se refiere a aquella que ha existido siempre, es decir, el individuo nunca ha controlado la eyaculación. La eyaculación precoz secundaria ocurre cuando se instaura en un momento determinado después de iniciarse la vida sexual del individuo.<sup>23</sup>

Entre las causas se encuentran las biológicas, dentro de estas la hipersensibilidad del pene, hiperexcitabilidad del reflejo eyaculatorio, endocrinopatías, predisposición genética, disfunción del receptor 5 hidroxitriptamina (5-HT).<sup>5</sup> Otras causas son las llamadas psicológicas, entre los que

<sup>22</sup> Sánchez BC, Carreño MJ, Henales AC, Hernández EJG, Linares GAC Las distintas disfunciones sexuales masculinas y su relación con la ansiedad y la depresión. *PerinatolReprodHum* 2008;22:184-194.

<sup>23</sup> Torres R. B. Hablemos de sexualidad. Inquietudes más frecuentes sobre la sexualidad, el amor y la pareja. La Habana, Cuba: Editorial Científico-Técnica; 2006.

se mencionan la ansiedad, fobia social, problemas en la relación de pareja, relaciones sexuales infrecuentes, poca experiencia sexual.

La eyaculación rápida constituye un problema de salud a nivel mundial y pese a las variantes de tratamiento existentes todavía, se presenta resistencia masculina a su aceptación como trastorno y por tanto a su tratamiento.<sup>24</sup>

#### 2.2.2.2 Determinantes Psicológicos.

Los siguientes son los factores psicológicos:

- Depresión coexistente.
- La imagen corporal.

**-Depresión:** la pérdida del deseo sexual o la reducción del placer sexual es un síntoma común de la depresión.

La depresión es 15 a 25% más prevalente en los pacientes con cáncer que en la población saludable; por lo tanto, una evaluación para descartar la depresión es una parte importante de toda evaluación de la disfunción sexual. Algunas veces, las personas se presentan con quejas de disfunción sexual y se sienten menos estigmatizadas por tener un problema médico físico, que si reconocieran que están deprimidas.

El tratamiento de la depresión puede ser útil para aliviar la disfunción sexual. Al tomar decisiones clínicas, se debe prestar atención a los efectos secundarios

---

<sup>24</sup> Puentes, Y, Bécquer, A. Diagnóstico y tratamiento de la eyaculación precoz. En: Salud sexual y práctica sexológica. La Habana: Editorial CENESEX; 2008. P. 53-81.

de naturaleza sexual de los antidepresivos. (Para mayor información, consultar el sumario del PDQ sobre Depresión).<sup>25</sup>

**-Imagen corporal:** El concepto de imagen hace referencia a la figura, representación, apariencia o semejanza de algo. El término también hace mención a la representación visual de un objeto mediante técnicas de la fotografía, la pintura u otras disciplinas.

Imagen Corporal, por otra parte, procede del latín corporālis y refiere a lo perteneciente o relativo al cuerpo. Esta noción (cuerpo) está vinculada a aquello que tiene extensión limitada y que es perceptible a través de los sentidos o al conjunto de los sistemas orgánicos que constituyen un ser vivo.

Los cambios en la imagen corporal pueden interferir con el deseo sexual en algunos sobrevivientes de cáncer, pero el efecto de los tratamientos desfigurantes de cáncer, como la mastectomía, ha sido exagerado. Por ejemplo, la conservación de la mama puede hacer que las mujeres se consideren más atractivas físicamente, en comparación con las mujeres que se someten a la mastectomía sola, pero estos grupos de mujeres no muestran diferencias ni en la actividad ni en la satisfacción sexual.

Por otra parte, es posible que se haya subestimado el aumento de peso después de la quimioterapia para el cáncer de mama como factor para que una mujer se sienta atractiva. Una ostomía para eliminar la materia fecal o la orina también puede afectar la percepción del hombre o de la mujer de ser atractivo

---

<sup>25</sup> Perestelo, L, González, M, Rivero, AJ, Pérez, J. Herramientas de ayuda para la toma de decisiones de los pacientes con depresión. Plan de Calidad para el SNS del MSPS. SESCO; 2010. Informes de ETS: SESCO N° 2007/04.

sexualmente. Se han indicado ciertas estrategias para superar estos problemas.

La imagen corporal puede ser positiva o negativa. Se dice que se tiene una imagen de uno mismo positiva cuando la persona tiene su esquema corporal bien integrado, lo percibe de forma adecuada y se siente bien y cómoda con su apariencia.

No es necesaria ninguna condición específica en cuanto al físico para tener una imagen positiva de uno mismo sino que lo importante es, sobre todo, sentirse bien con el propio cuerpo independientemente de si coincide con el ideal establecido por la sociedad o no. Tener una visión de la imagen corporal negativa, por el contrario, quiere decir que la persona no se siente a gusto consigo misma y su aspecto.

#### **2.2.2.3. Factores Personales:**

##### **-Edad:**

Cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona, o cualquiera de dichos periodos por sí solo. Una división común de la vida de una persona por edades es la de bebé, niño, púber, adolescente, joven, adulto, mediana edad y tercera edad.

##### **-Estado civil:**

El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes

### 2.3 Marco Conceptual.

1. **Acto Sexual:** El acto sexual es la actividad que lleva a cabo la pareja con el fin de expresar emociones, demostrar amor y dar y recibir placer; es una forma de comunicación amorosa.
2. **Cáncer:** Es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.
3. **Clítoris:** Pequeño órgano femenino situado por arriba del meato urinario, en el ángulo superior de la vulva, que tiene la característica de ponerse erecto durante la fase de excitación en la relación sexual y causa placer.
4. **Depresión:** La palabra depresión proviene del término latino depressio que, a su vez, procede de depressus ("abatido" o "derribado"). Se trata de un trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno.





5. **Deseo:** Primera fase de la respuesta sexual humana; parte de conjunto de procesos mentales y fisiológicos que ocurren cuando algo o alguien te gusta.
6. **Determinante:** que es la causa que determina algo.
7. **Disfunción Sexual:** Bajo el nombre de disfunciones sexuales se incluyen todas aquellas alteraciones (esencialmente inhibiciones) que se producen en cualquiera de las fases de la respuesta sexual y que impiden o dificultan el disfrute satisfactorio de la sexualidad.
8. **Dolor:** Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas.
9. **Educación Sexual:** Es el proceso formal e informal, por el cual recibimos información acerca de la sexualidad desde que nacemos hasta que morimos.
10. **El Deseo Sexual o Líbido:** Es el nombre que recibe el interés por el sexo. Puede alterarse por circunstancias como el ciclo menstrual, el embarazo, la lactancia, la menopausia, aspectos psicológicos.
11. **Excitación:** Segunda fase de la respuesta sexual humana; durante la cual se concentra una gran cantidad de sangre (vasocongestión) en los genitales y se manifiesta directamente en cambios, tales como la erección del pene y clítoris.



12. **Fatiga:** Estado o sensación de disminución de la capacidad funcional de una parte del cuerpo provocado por un exceso de actividad, cansancio.
13. **La Satisfacción Sexual:** De naturaleza estrictamente psicológica o subjetiva, evaluada en términos del grado de satisfacción, positiva o negativa, experimentado por el sujeto después de la actividad sexual.
14. **Orgasmo:** Es la cuarta etapa de la respuesta sexual humana, la cual se caracteriza por la contracción de los músculos pélvicos provocando una sensación muy placentera. El orgasmo está relacionado con la situación emocional de la persona.
15. **Orientación Sexual:** Se refiere al sexo de la persona, estímulo que excita eróticamente a alguien y es independiente del sexo al cual uno cree pertenecer, o sea, a su identificación sexual, y sólo por una disposición socialmente arbitraria es parte del papel sexual en el guión cultural de un pueblo. Por tanto, la orientación sexual puede ser heterosexual, homosexual o bisexual.
16. **Quimioterapia:** La quimioterapia es el tratamiento del cáncer con un medicamento antineoplásico o una combinación de dichas drogas en un régimen de tratamiento estándar.
17. **Radioterapia:** La radioterapia es una forma de tratamiento basada en el empleo de radiaciones ionizantes (rayos X o radiactividad, la que incluye los rayos gamma y las partículas alfa).



18. **Salud Reproductiva:** Son los servicios que se prestan a una persona con la finalidad de verificar su estado físico y su capacidad reproductiva. No necesariamente se requiere un embarazo para tener derecho a un servicio de salud reproductiva. La salud reproductiva implica también tener acceso a metodología anticonceptiva.
19. **Salud Sexual:** Capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos que no incluye como elemento indispensable la procreación, porque, en esencia, la sexualidad es una oportunidad para desarrollar los valores de amor, comunicación responsabilidad y equidad de género.<sup>26</sup>
20. **Sexo:** Características biológicas que diferencian a la mujer del hombre, con fines de reproducción.
21. **Sexología:** La ciencia que aborda el estudio de la sexualidad, en esta participan gran número de disciplinas y especialidades médicas, humanísticas y no médicas.
22. **Sexualidad:** Manifestaciones biológicas, psicológicas y sociales del ser hombre y del ser mujer.

---

<sup>26</sup> Herrera, A., Arriagada, J., González, C., Leppe, J., Herrera, F. Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. España. Actas urológicas españolas, Junio del 2008.

## **2.4 Hipótesis.**

### **2.4.1 Hipótesis de trabajo.**

El índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno depende de determinantes de índole físicos, psicológicos y personales adversos.

### **2.4.2 Subhipótesis.**

HE 1.- El índice de función sexual en mujeres de edad media que laboran en la Red de Salud Puno muestra una baja frecuencia de disfunción sexual.

HE 2.- Los factores físicos (deterioro funcional por tratamientos del cáncer, la fatiga frecuente, el dolor durante las relaciones sexuales, regular estado de salud, disfunción sexual eréctil y eyaculación precoz de la pareja) son determinantes negativos del índice de función sexual.

HE 3.- Los factores psicológicos (depresión coexistente e imagen corporal negativa) son determinantes negativos del índice de función sexual.

HE 4.- Los factores personales (edad media y estado civil conviviente) son determinantes negativos del índice de función sexual.

## **2.5 Análisis de Variables e Indicadores:**

1.-Independientes:

- Determinantes físicas, psicológicas y personales.

2.- Dependiente:

- Índice de función sexual femenina.

Sin disfunción sexual (19.3 a 36 puntos)

Con disfunción sexual (19.2 ó menos).

**Operacionalización de Variables:**

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES
INDEPENDIENTES 1.-DETERMINANTES	FÍSICOS	DETERIORO FUNCIONAL POR TRATAMIENTOS DE CÁNCER	Radioterapia Quimioterapia Otro Ninguno
		FATIGA	Siempre Algunas veces Nunca
		DOLOR	Siempre Algunas veces Nunca
		ESTADO DE SALUD	Bueno Regular Malo
		DISFUNCIÓN SEXUAL ERECTIL DEL VARON	Siempre Algunas veces Nunca
	PSICOLÓGICOS	EYACULACIÓN PRECOZ	Siempre Algunas veces Nunca
		DEPRESIÓN COEXISTENTE	Siempre Algunas veces Nunca
		IMAGEN CORPORAL	Positiva Negativa
	PERSONALES	EDAD	25 a 29 años. 30 a 34 años 35 a 39 años
		ESTADO CIVIL	Soltera Casada conviviente
DEPENDIENTE 2.- INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL	MUJERES EN EDAD MEDIA	INDICE SEXUAL	Sin disfunción sexual (19.3 a 36 puntos) Con disfunción sexual (19.2 ó menos)





## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1 Método de Investigación.

Es de tipo Descriptiva correlacional. No experimental.

#### 3.2 Diseño de la investigación. (diseño, tipo y nivel).

**Diseño de investigación:** Transversal y cuantitativo.

- **Diseños Transversales:** Implica la recolección de datos en un solo corte en el tiempo.

- **Estudios Cuantitativos:** Tiende a ser altamente estructurados, de modo que el investigador especifica las características principales del diseño antes de obtener un solo dato.

#### 3.3 Tipo de Investigación:

El tipo de investigación es descriptiva correlacional. No experimental.

#### 3.4 Nivel de Investigación:

La presente corresponde a la investigación correlacional, porque este problema implica la influencia de una causa natural denominada variable independiente (determinantes físicos, psicológicos y personales), sobre un efecto o

consecuencia llamada variable dependiente (índice de función sexual), sobre la base de una relación de dependencia.

### 3.5 Población y Muestra:

**3.5.1 Población:** Está representada por el 100% de mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud de Puno. Cifra representada por 857 casos.

### 3.5.2 Muestra:

El tamaño de la muestra se realizó aplicando la siguiente fórmula por tratarse de una población finita:

$$n = \frac{P \times Q}{E^2 + \frac{P \times Q}{UNIV}} =$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

Z= Nivel de confianza 1,96 (desviación estándar para un intervalo de confianza de 95.5)

P = Variabilidad positiva:50 (proporción de la población que posee la característica)

Q = Variabilidad Negativa 1- P

E= Precisión: 5% (Margen de error que se está dispuesto a aceptar)

UNIV = 857 mujeres en edad media.

$$n = \frac{(50 \times -49)}{5^{(2)} / 1,96^{(2)} + 2,450/857} = \frac{2,450}{6.51 + 2.85} = \frac{2450}{9.36} = 261$$

La muestra quedó representada por 261 mujeres en edad media.

### 3.6 Técnicas e Instrumentos de Investigación:

- Coordinación con las jefaturas respectivas.
- Coordinación con la unidad de personal de la Red de Salud Puno.
- Explicación a las unidades de observación de los objetivos de la investigación.
- Invitación a participar del estudio (consentimiento informado)
- Aplicación del test en 20 minutos.
- Evaluación de los resultados del test.
- Elaboración de cuadros.
- Aplicación de instrumento de medición y contrastación de la hipótesis.
- Informe final.

Se solicitó a las mujeres que contesten la encuesta "Índice de Función Sexual Femenina", se solicitará consentimiento informado para participar en ella.

El IFSFA-6 cubre los siguientes componentes de la sexualidad: deseo, excitabilidad, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta se puntúa entre 0 y 5, y la suma proporciona un valor del estado de función sexual femenina:

cuanta más baja la puntuación total mayor compatibilidad con función normal y los valores más altos correspondientes a disfunción sexual.

**Técnicas:**

- Entrevista.
- Test de índice de función sexual.

**Instrumento:**

- Guía de entrevista.

**3.7 Diseño de Contrastación de la Hipótesis:**

Se aplicó el coeficiente de Pearson.

Para interpretar el coeficiente de correlación se utilizó la siguiente escala:

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja

0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

$$r = \frac{\sum xy}{\sqrt{(\sum x^2)(\sum y^2)}} =$$

### 3.8 Estilos o Normas de Redacción:

Se ha redactado la tesis en el estilo de Vancouver.

### 3.9 Matriz de Consistencia.



## MATRIZ DE CONSISTENCIA.

### DETERMINANTES DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DE EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED D SALUD PUNO. 2014.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE VALORACIÓN	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN
PG. ¿Cuáles son las determinantes del índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno. 2014.?	OG. Identificar las determinantes del índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno. 2014.	El índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno depende de determinantes de índole físicos, psicológicos y personales adversos.	<b>VARIABLE INDEPENDIENTES</b> Factores determinantes	2. Físicos.	Deterioro funcional por tratamientos de cáncer.  Fatiga.  Dolor.  Estado de salud.  Disfunción sexual eréctil del varón Eyaculación precoz	Radioterapia Quimioterapia Otro Ninguno  Siempre Algunas veces Nunca  Siempre Algunas veces Nunca  Bueno Regular Malo  Siempre Algunas veces Nunca	Las técnicas utilizadas en el presente trabajo de investigación serán: La encuesta  Los instrumentos Es la hoja cuestionario Anexo N° 1 Índice de función sexual  Anexo 2 Determinantes	<b>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b> La investigación es de tipo básica, cuantitativa y correlacional.  <b>TIPOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b> Por el planteamiento del problema los objetivos determinados y las hipótesis planteadas, su estudio se determina como una
PE 1.- ¿Cuál es el índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno.?	OE 1.- Evaluar el índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno.	HE 1.- El índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno muestra una baja frecuencia de disfunción sexual.	<b>VARIABLE</b>	3. Psicológicos.	Depresión coexistente	Siempre Algunas veces		



PE 2.- ¿Los factores físicos serán determinantes del índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno.?	OE 2.- Relacionar los factores físicos (deterioro funcional por tratamientos del cáncer, fatiga, dolor, estado de salud, disfunción sexual eréctil y eyaculación precoz) como determinantes del índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno.	HE 2.- Los factores físicos (deterioro funcional por tratamientos del cáncer, la fatiga frecuente, el dolor durante las relaciones sexuales, regular estado de salud, disfunción sexual eréctil y eyaculación precoz de la pareja) son determinantes negativos del índice de función sexual.		4.- Personales	Imagen corporal  Edad.  Estado civil  Índice Sexual	Nunca  Siempre Algunas veces Nunca  Positiva Negativa  25 a 29 años. 30 a 34 años 35 a 39 años  Soltera Casada Conviviente.  Sin disfunción sexual (19.3 a 36 puntos) Con disfunción sexual (19.2 ó menos)		investigación no experimental.
PE 3.- ¿Los factores psicológicos serán determinantes del índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno.?	OE 3.- Relacionar los factores psicológicos (depresión coexistente e imagen corporal) como determinantes del índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno.	HE 3.- Los factores psicológicos (depresión coexistente e imagen corporal negativa) son determinantes negativos del índice de función sexual.	<b>DEPENDIEN TE.</b> Índice de función sexual en mujeres de edad media					



PE 4¿Los factores personales serán determinantes del índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno.?	OE 4.- Relacionar los factores personales (edad y estado civil) como determinantes del índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno.	HE 4.- Los factores personales (edad media y estado civil conviviente) son determinantes negativos del índice de función sexual.					
--	---	--	--	--	--	--	--

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 Resultados y Discusión.

**TABLA N° 01**

DETERIORO FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.

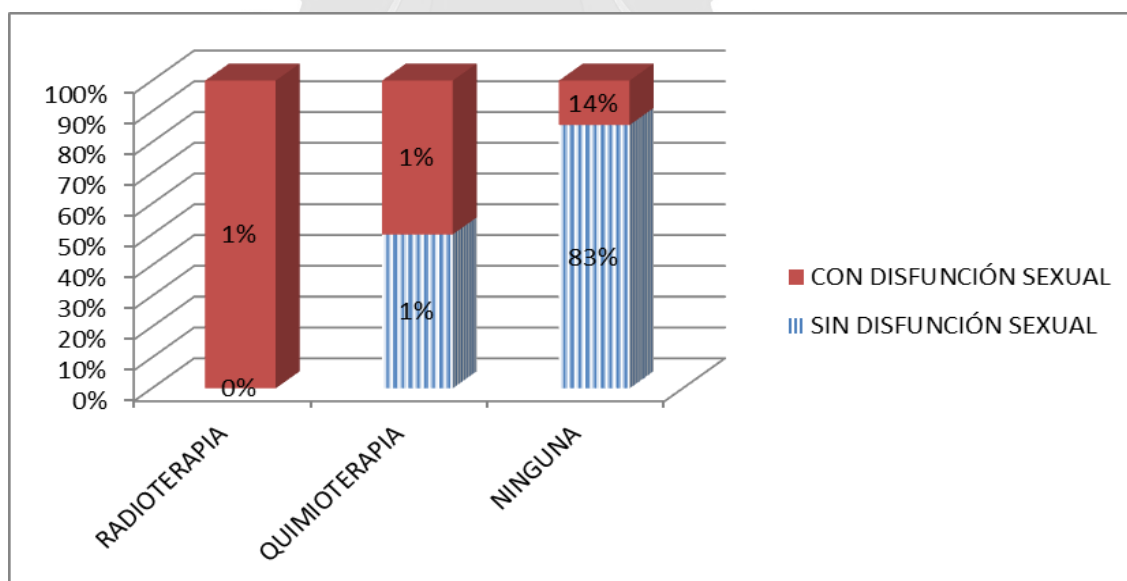
DETERIORO FUNCIONAL	INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL				TOTAL	
	SIN DISFUNCIÓN SEXUAL		CON DISFUNCIÓN SEXUAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RADIOTERAPIA	0	0%	1	1%	1	1%
QUIMIOTERAPIA	1	1%	1	1%	2	2%
NINGUNA	217	83%	41	14%	258	97%
TOTAL	218	84%	43	16%	261	100%

FUENTE: Matriz de sistematización de datos.

$r=1$  Correlación positiva grande y perfecta.

**GRÁFICO N° 01**

DETERIORO FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.



La tabla y gráfica N° 01, nos muestran las variables deterioro funcional y su relación con el índice de función sexual.

En cuanto al deterioro funcional: El 97% no presenta, el 1% recibe radioterapia y el 2% quimioterapia.

En relación al índice de función sexual el 84% presenta resultados normales según el test aplicado y el 16% se han clasificado con disfunción sexual.

En el grupo sin disfunción sexual: El 0% no presenta radioterapia, el 1% recibe quimioterapia y el 83% ninguno.

En el grupo con disfunción sexual: El 14% no presenta, el 1% recibe radioterapia y el 1% quimioterapia.

Estadísticamente el coeficiente de Pearson nos muestra la correlación entre las variables deterioro funcional y el índice de función sexual.

Como resultado encontramos:  $r = 1$  Correlación positiva grande y perfecta.

Por lo que es posible concluir que en el 2% de los casos el deterioro funcional en pacientes con tratamiento por cáncer es causa importante de disfunción sexual.

Según los autores consultados López E. González E. Madrid. 2005. En las tentativas para evaluar la prevalencia de disfunción sexual atribuible a la enfermedad y/o al tratamiento oncológico, se han encontrado valores que oscilan entre el 35 y el 85 % en hombres y mujeres.





Aproximadamente el 50% de las mujeres que han tenido cáncer de la mama sufren de disfunciones sexuales prolongadas al igual que una proporción similar de mujeres que han tenido cáncer ginecológico. Según Potosky AL et al<sup>8</sup>, a los cinco años de seguimiento, la disfunción eréctil tras una prostatectomía radical es de un 79.3% y de un 63.5% después de la radioterapia de haz externo.

Afirmaciones que explican los resultados obtenidos en la presente investigación.



**TABLA N° 02**

FATIGA Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.

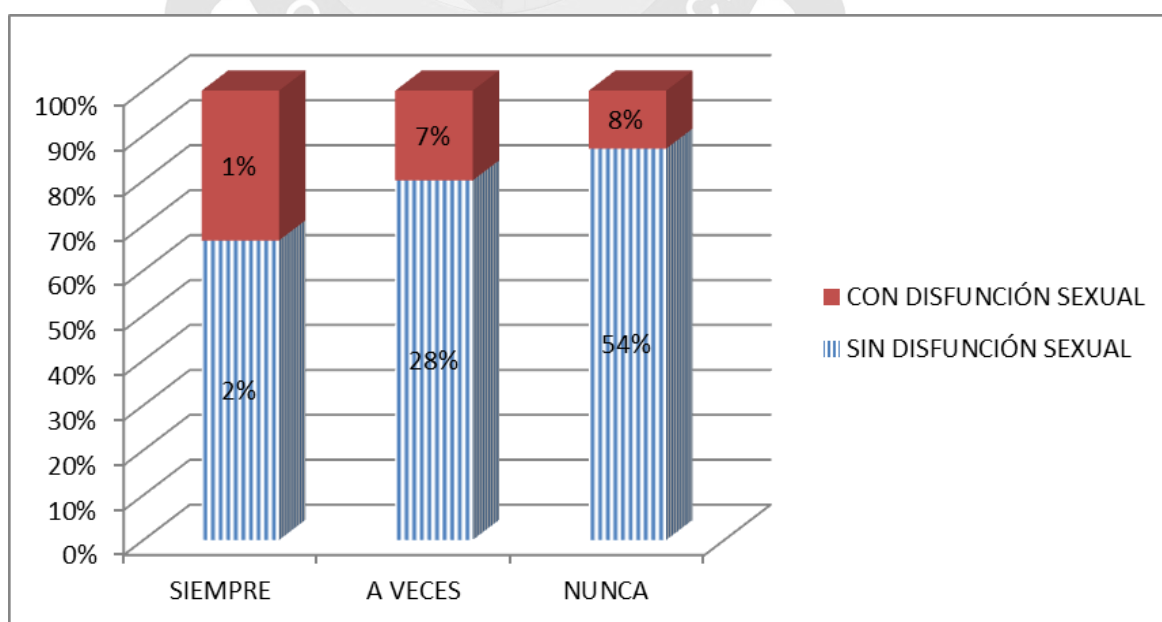
FATIGA	INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL				TOTAL	
	SIN DISFUNCIÓN SEXUAL		CON DISFUNCIÓN SEXUAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIEMPRE	5	2%	2	1%	7	3%
A VECES	74	28%	19	7%	93	35%
NUNCA	139	54%	22	8%	161	62%
TOTAL	218	84%	43	16%	261	100%

FUENTE: Matriz de sistematización de datos.

$r = 0.93$  Correlación positiva muy alta.

**GRÁFICO N° 02**

FATIGA Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.



La tabla y gráfica N° 02, nos muestran las variables fatiga y su relación con el índice de función sexual.

En cuanto a la variable fatiga: El 3% refiere sensación de fatiga siempre, el 35% a veces y el 62% nunca.

En el grupo sin disfunción sexual: El 2% refiere sensación de fatiga siempre, el 28% a veces y el 54% nunca.

En el grupo con disfunción sexual: El 1% refiere sensación de fatiga siempre, el 7% a veces y el 8% nunca.

Estadísticamente el coeficiente de Pearson nos muestra la correlación entre las variables fatiga y el índice de función sexual.

Como resultado encontramos:  $r = 0.93$  Correlación positiva muy alta.

Por lo que es posible concluir que en el 8% de los casos la fatiga es causa importante de disfunción sexual.

Según Arena J. Chile. 2006. Entre un 30% y 50% de las mujeres en el climaterio presentan algún tipo de disfunción sexual, que antes no tenían, que se relaciona etiológicamente a la disfunción propia del climaterio, y que la mayoría de las veces puede ser corregida. En los últimos años hemos observado que síntomas como la fatiga, los trastornos del ánimo, los trastornos del sueño, etc., son frecuentes en los casos de disfunción sexual.

Afirmaciones que explican los resultados obtenidos en la presente investigación.

**TABLA N° 03**

**DOLOR Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.**

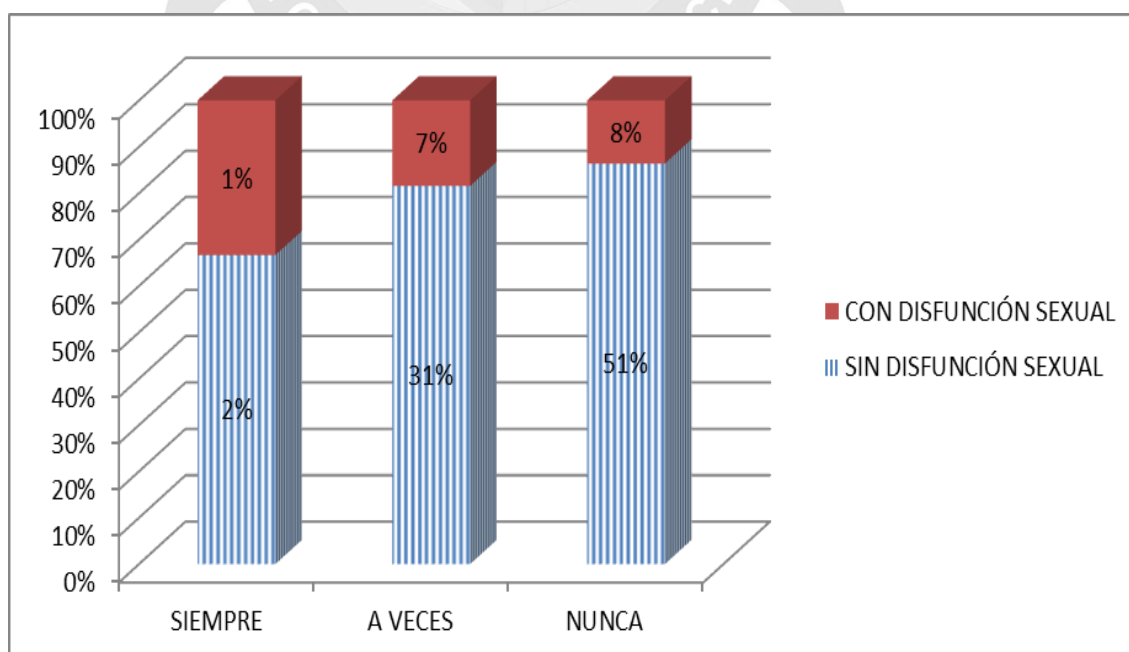
DOLOR	INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL				TOTAL	
	SIN DISFUNCIÓN SEXUAL		CON DISFUNCIÓN SEXUAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIEMPRE	5	2%	2	1%	7	3%
A VECES	81	31%	20	7%	101	38%
NUNCA	132	51%	21	8%	153	59%
TOTAL	218	84%	43	16%	261	100%

FUENTE: Matriz de sistematización de datos.

$r = 0.93$  Correlación positiva muy alta.

**GRÁFICA N° 03**

**DOLOR Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.**



La tabla y gráfica N° 03, nos muestran las variables dolor y su relación con el índice de función sexual.

En cuanto a la variable dolor: El 3% refiere que siente dolor siempre, el 38% a veces y el 59% nunca.

En el grupo sin disfunción sexual: El 2% refiere que siente dolor siempre, el 31% a veces y el 51% nunca.

En el grupo con disfunción sexual: El 1% refiere que siente dolor siempre, el 7% a veces y el 8% nunca.

Estadísticamente el coeficiente de Pearson nos muestra la correlación entre las variables dolor y el índice de función sexual.

Como resultado encontramos:  $r = 0.93$  Correlación positiva muy alta.

Por lo que es posible concluir que en el 8% de los casos el dolor es causa importante de disfunción sexual.

Según los autores consultados: Sánchez-Bravo C, Morales-Carmona F: México 2005. El dolor genital persistente o recurrente en la mujer antes o durante la actividad sexual, determina la presencia o ausencia de disfunción sexual.

Afirmaciones que explican los resultados obtenidos en la presente investigación.



**TABLA N° 04**

ESTADO DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.

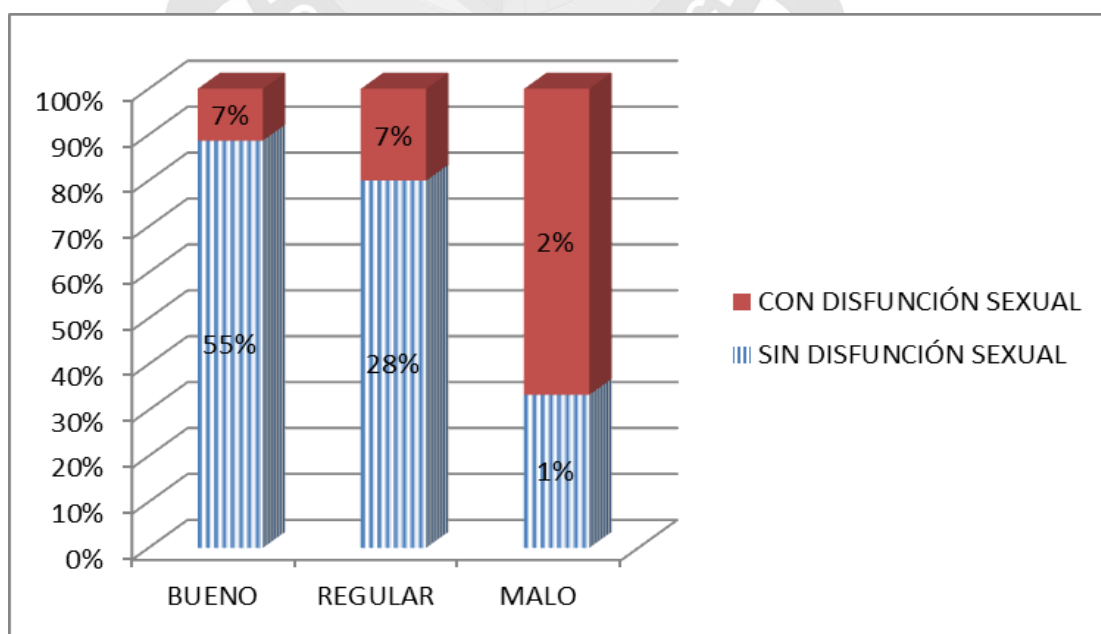
ESTADO DE SALUD	INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL				TOTAL	
	SIN DISFUNCIÓN SEXUAL		CON DISFUNCIÓN SEXUAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BUENO	142	55%	19	7%	161	62%
REGULAR	74	28%	20	7%	94	35%
MALO	2	1%	4	2%	6	3%
TOTAL	218	84%	43	16%	261	100%

FUENTE: Matriz de sistematización de datos.

$r = 0.85$  Correlación positiva alta.

**GRÁFICA N° 04**

ESTADO DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.



La tabla y gráfica N° 04, nos muestran las variables estado de salud y su relación con el índice de función sexual.

En cuanto a la variable estado de salud: El 62% se encuentra en buen estado de salud, el 35% regular y el 3% refiere mal estado de salud.

En el grupo sin disfunción sexual: El 55% se encuentra en buen estado de salud, el 28% regular y el 1% refiere mal estado de salud.

En el grupo con disfunción sexual: El 7% se encuentra en buen estado de salud, el 7% regular y el 2% refiere mal estado de salud.

Estadísticamente el coeficiente de Pearson nos muestra la correlación entre las variables estado de salud y el índice de función sexual.

Como resultado encontramos:  $r = 0.85$  Correlación positiva alta.

Por lo que es posible concluir que en el 9% de los casos el estado de salud es causa importante de disfunción sexual.

Según los autores consultados Valenzuela R, Contreras Y, Manriquez K. 2014. Estamos muy conscientes de la importancia que tiene la salud integral, tanto en lo mental como en lo físico, para nuestra sensación de bienestar y nuestra capacidad de participar en los dos aspectos más importantes y significativos de la vida humana: capaz de trabajar y de amar. La ansiedad, condición de salud, vergüenza, alcohol, drogas, estrés y factores como edad, clase social, personalidad, estado civil y religiosidad son causas de disfunción sexual.

Afirmaciones que explican los resultados obtenidos en la presente investigación.

**TABLA N° 05**

DISFUNCIÓN ERÉCTIL DE LA PAREJA Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.

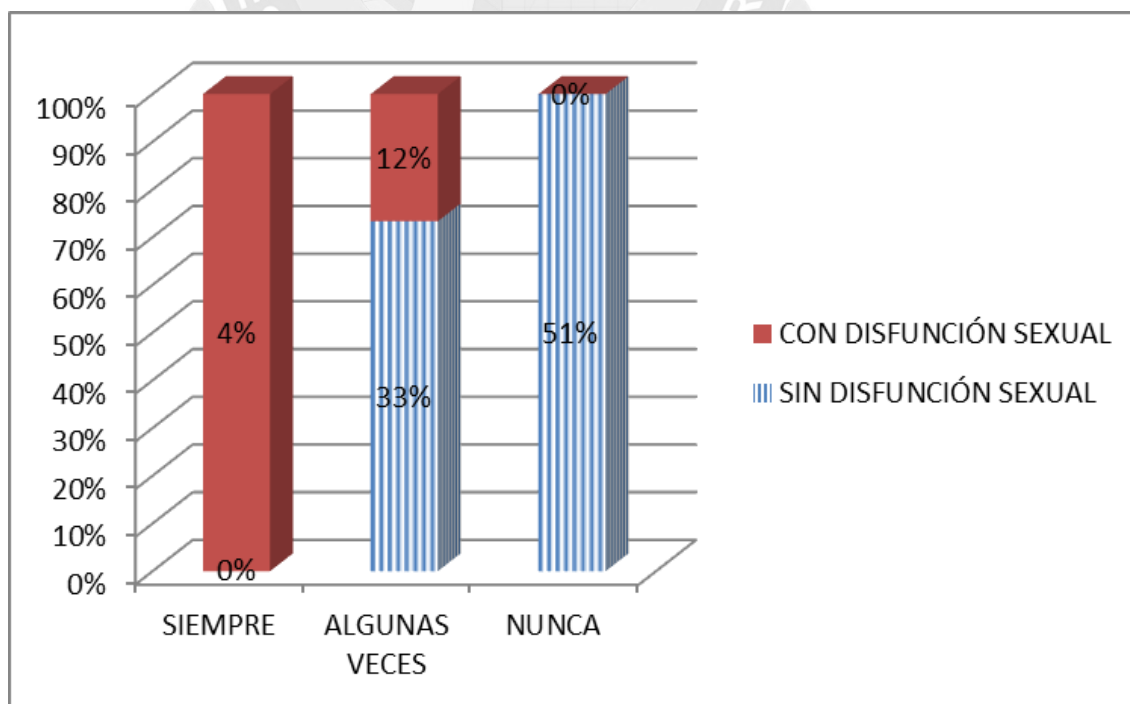
DISFUNCIÓN ERÉCTIL DE LA PAREJA	INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL				TOTAL	
	SIN DISFUNCIÓN SEXUAL		CON DISFUNCIÓN SEXUAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIEMPRE	0	0%	11	4%	11	4%
ALGUNAS VECES	87	33%	31	12%	118	45%
NUNCA	131	51%	1	0%	132	51%
TOTAL	218	84%	43	16%	261	100%

FUENTE: Matriz de sistematización de datos.

$r = 0.19$  Correlación positiva muy baja.

**GRÁFICO N° 05**

DISFUNCIÓN ERÉCTIL DE LA PAREJA Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.



La tabla y gráfica N° 05, nos muestran las variables disfunción eréctil del varón y su relación con el índice de función sexual.

En cuanto a la variable disfunción eréctil del varón: El 4% refiere que su pareja presenta siempre disfunción eréctil, el 45% algunas veces y el 51% nunca.

En el grupo sin disfunción sexual: El 0% refiere que su pareja presenta siempre disfunción eréctil, el 33% algunas veces y el 51% nunca.

En el grupo con disfunción sexual: El 4% refiere que su pareja presenta siempre disfunción eréctil, el 12% algunas veces y el 0% nunca.

Estadísticamente el coeficiente de Pearson nos muestra la correlación entre las variables disfunción eréctil del varón y el índice de función sexual.

Como resultado encontramos:  $r = 0.19$  Correlación positiva muy baja.

Por lo que es posible concluir que en el 4% de los casos la disfunción eréctil del varón es causa importante de disfunción sexual femenina.

Según los autores consultados; Guirao L, García L, Casas I, Alfaro J, López J, Sánchez G. La disfunción eréctil, es un problema común, que afecta a aproximadamente al 20% de los varones (1 de cada 5). La sexualidad en el hombre es un aspecto fundamental de la vida y los problemas de la sexualidad pueden afectar seriamente a las relaciones profesionales y de pareja.

Afirmaciones que explican los resultados obtenidos en la presente investigación.

**TABLA N° 06**

EYACULACIÓN PRECOZ DE LA PAREJA Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.

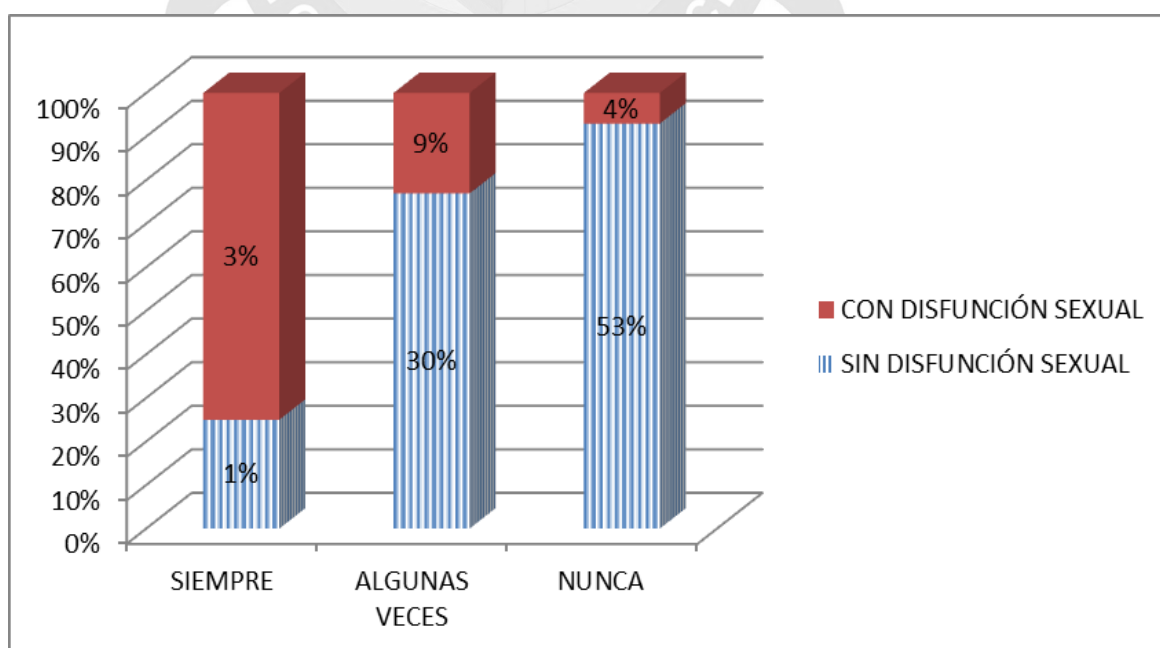
EYACULACIÓN PRECOZ	INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL				TOTAL	
	SIN DISFUNCIÓN SEXUAL		CON DISFUNCIÓN SEXUAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIEMPRE	2	1%	9	3%	11	4%
ALGUNAS VECES	79	30%	24	9%	103	39%
NUNCA	137	53%	10	4%	147	57%
TOTAL	218	84%	43	16%	261	100%

FUENTE: Matriz de sistematización de datos.

$r = 0.14$  Correlación positiva muy baja.

**GRÁFICO N° 06**

EYACULACIÓN PRECOZ DE LA PAREJA Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.





La tabla y gráfica N° 06, nos muestran las variables eyaculación precoz y su relación con el índice de función sexual.

En cuanto a la variable eyaculación precoz del varón: El 4% refiere que su pareja presenta siempre eyaculación precoz, el 39% algunas veces y el 57% nunca.

En el grupo con índice de función normal: El 1% refiere que su pareja presenta siempre eyaculación precoz, el 30% algunas veces y el 53% nunca.

En el grupo con disfunción sexual: El 3% refiere que su pareja presenta siempre eyaculación precoz, el 9% algunas veces y el 4% nunca.

Estadísticamente el coeficiente de Pearson nos muestra la correlación entre las variables eyaculación precoz y el índice de función sexual.

Como resultado encontramos:  $r = 0.14$  Correlación positiva muy baja.

Por lo que es posible concluir que en el 3% de los casos la eyaculación precoz del varón es causa importante de disfunción sexual femenina.

Según los autores consultados: Fernández D. 2014. La gran mayoría de los hombres experimentaron una eyaculación precoz en algún punto de su vida sexual. Es el problema sexual más frecuente en hombres, afectando a entre el 25 y el 40 % de ellos.

Afirmaciones que explican los resultados obtenidos en la presente investigación.

**TABLA N° 07**

DEPRESIÓN COEXISTENTE Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.

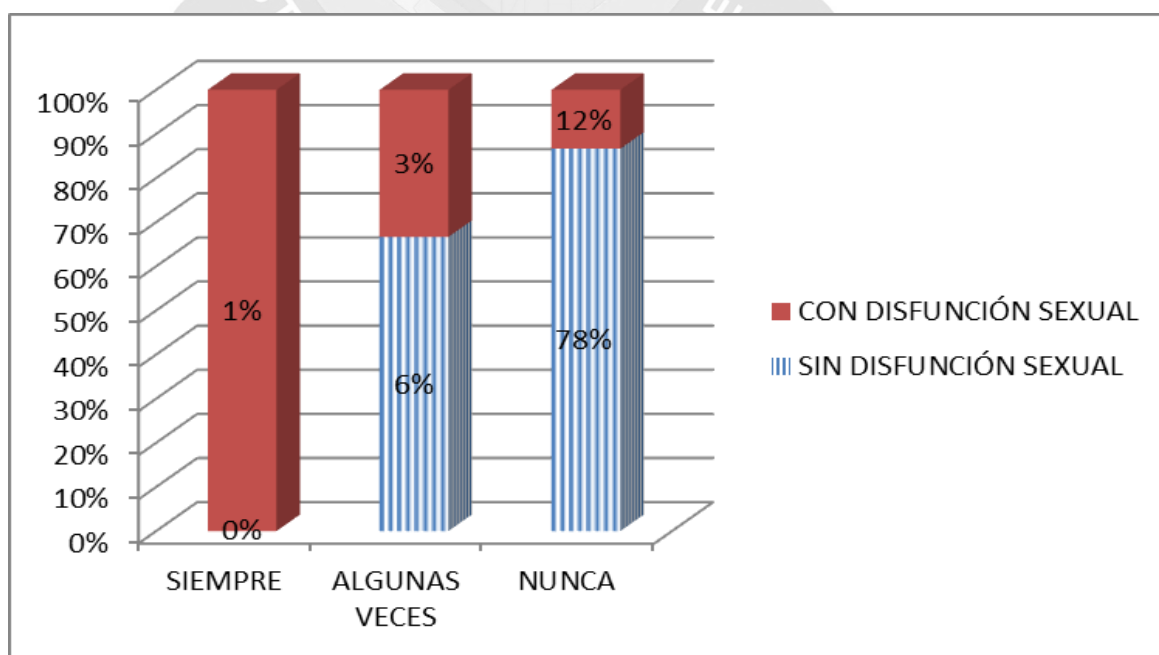
DEPRESIÓN COEXISTENTE	INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL				TOTAL	
	SIN DISFUNCIÓN SEXUAL		CON DISFUNCIÓN SEXUAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIEMPRE	0	0%	2	1%	2	1%
ALGUNAS VECES	15	6%	9	3%	24	9%
NUNCA	203	78%	32	12%	235	90%
TOTAL	218	84%	43	16%	261	100%

FUENTE: Matriz de sistematización de datos.

$r = 0.99$  Correlación positiva muy alta.

**GRÁFICO N° 07**

DEPRESIÓN COEXISTENTE Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.



La tabla y gráfica N° 07, nos muestran las variables depresión coexistente y su relación con el índice de función sexual.

En cuanto a la variable depresión coexistente: El 1% refiere que presenta siempre depresión, el 9% algunas veces y el 90% nunca.

En el grupo sin disfunción sexual: El 0% refiere que presenta siempre depresión, el 6% algunas veces y el 78% nunca.

En el grupo con disfunción sexual: El 1% refiere que presenta siempre depresión, el 3% algunas veces y el 12% nunca.

Estadísticamente el coeficiente de Pearson nos muestra la correlación entre las variables depresión coexistente y el índice de función sexual.

Como resultado encontramos:  $r = 0.99$  Correlación positiva muy alta.

Por lo que es posible concluir que en el 4% de los casos depresión coexistente es causa importante de disfunción sexual femenina.

Según los autores consultados: Peralta M, Mercado E. 2006. Una de las principales causas de la disfunción sexual femenina es la depresión. Se ha comprobado que la prevalencia de depresión en las mujeres es muy elevada y conforme las actividades de la mujer han ido cambiando, en la medida que se ha vuelto más independiente y productiva, los niveles de depresión han aumentando. Muchas veces uno de los primeros síntomas de la depresión es una baja del deseo.

Afirmaciones que explican los resultados obtenidos en la presente investigación.

**TABLA N° 08**

IMAGEN CORPORAL Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.

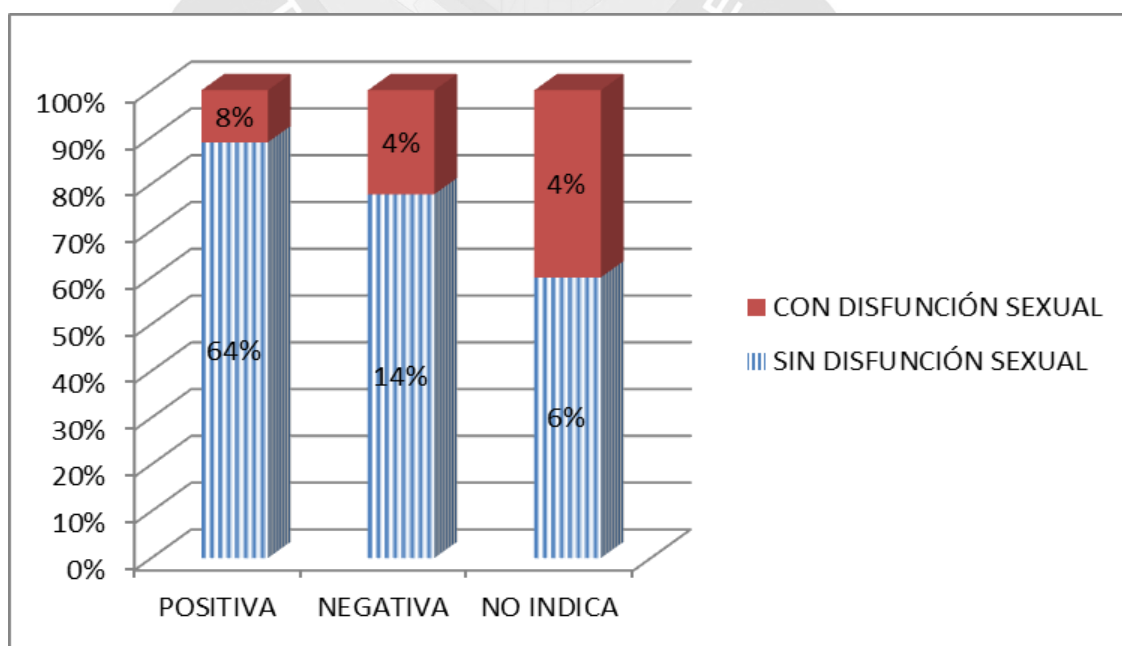
IMAGEN CORPORAL	INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL				TOTAL	
	SIN DISFUNCIÓN SEXUAL		CON DISFUNCIÓN SEXUAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
POSITIVA	168	64%	22	8%	190	72%
NEGATIVA	36	14%	10	4%	46	18%
NO INDICA	14	6%	11	4%	25	10%
TOTAL	218	84%	43	16%	261	100%

FUENTE: Matriz de sistematización de datos.

$r = 0.98$  Correlación positiva muy alta.

**GRÁFICO N° 08**

IMAGEN CORPORAL Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.



La tabla y gráfica N° 08, nos muestran las variables imagen corporal y su relación con el índice de función sexual.

En cuanto a la variable imagen corporal: El 72% de mujeres tiene una imagen positiva, el 18% negativa y en el 10% no indica.

En el grupo sin disfunción sexual: El 64% de mujeres tiene una imagen positiva, el 14% negativa y en el 6% no indica.

En el grupo con disfunción sexual: El 8% de mujeres tiene una imagen positiva, el 4% negativa y en el 4% no indica.

Estadísticamente el coeficiente de Pearson nos muestra la correlación entre las variables imagen corporal y el índice de función sexual.

Como resultado encontramos:  $r = 0.99$  Correlación positiva muy alta.

Por lo que es posible concluir que en el 4% de los casos la imagen corporal femenina negativa es causa importante de disfunción sexual femenina.

Según los autores consultados: Rodríguez Y, Calado M, Lameiras M. Se concluye, a la luz de los resultados, que las variables miedo a ganar peso, insatisfacción corporal, autopercepción de atractivo físico y autoestima se relacionan con la actividad sexual; por otro lado, el índice de masa corporal y la distorsión de la imagen corporal no se relacionan con la expresión de la sexualidad.

Afirmaciones que explican los resultados obtenidos en la presente investigación.



**TABLA N° 09**

EDAD Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.

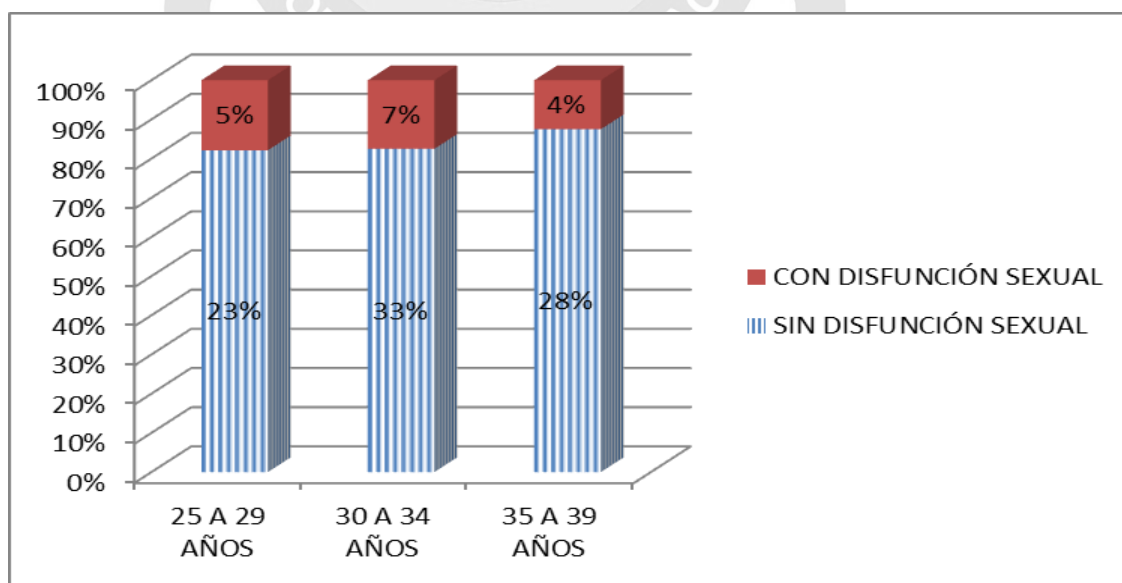
EDAD	INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL				TOTAL	
	SIN DISFUNCIÓN SEXUAL		CON DISFUNCIÓN SEXUAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
25 A 29 AÑOS	60	23%	14	5%	74	28%
30 A 34 AÑOS	87	33%	19	7%	106	40%
35 A 39 AÑOS	71	28%	10	4%	81	32%
TOTAL	218	84%	43	16%	261	100%

FUENTE: Matriz de sistematización de datos.

$r = 0.64$  Correlación positiva moderada.

**GRÁFICO N° 09**

EDAD Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.



La tabla y gráfica N° 09, nos muestran las variables edad y su relación con el índice de función sexual.

En cuanto a la variable edad: El 28% tienen entre 25 a 29 años, el 40% entre 30 a 34 años y el 32% entre 35 a 39 años.

En el grupo sin disfunción sexual: El 23% tienen entre 25 a 29 años, el 33% entre 30 a 34 años y el 28% entre 35 a 39 años.

En el grupo con disfunción sexual: El 5% tienen entre 25 a 29 años, el 7% entre 30 a 34 años y el 4% entre 35 a 39 años.

Estadísticamente el coeficiente de Pearson nos muestra la correlación entre las variables edad y el índice de función sexual.

Como resultado encontramos:  $r = 0.64$  Correlación positiva moderada. Por lo que es posible concluir que en el 4% de los casos la edad femenina avanzada es causa importante de disfunción sexual femenina.

Según los autores consultados: González Y., Maceo T., Navarro D. La mayoría de las encuestadas de 38 a 59 años refirió no experimentar cambios en las características de la respuesta sexual. La disminución de cualquiera de las fases de la respuesta sexual estuvo relacionada con las características de las relaciones de pareja, con una mayor edad de la mujer y con etapa de posmenopausia, resultados similares a otros reportes realizados en mujeres con iguales características sociodemográficas que no trabajaran en el sector salud.

Afirmaciones que explican los resultados obtenidos en la presente investigación.

**TABLA N° 10**

ESTADO CIVIL Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.

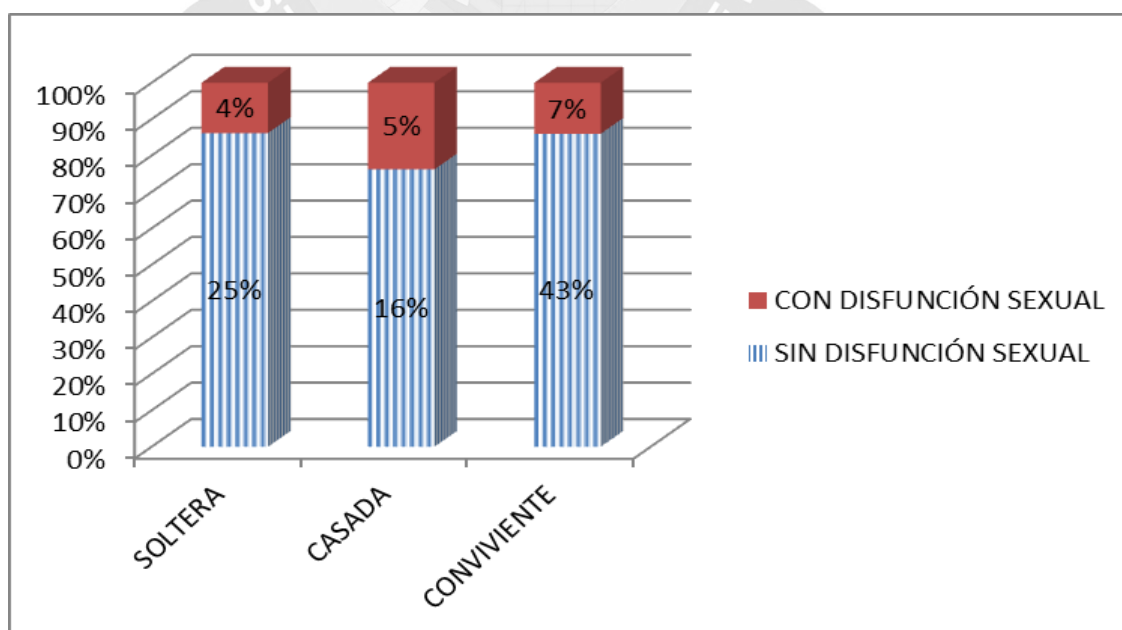
ESTADO CIVIL	INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL				TOTAL	
	SIN DISFUNCIÓN SEXUAL		CON DISFUNCIÓN SEXUAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SOLTERA	65	25%	10	4%	75	29%
CASADA	42	16%	16	5%	58	21%
CONVIVIENTE	111	43%	17	7%	128	50%
TOTAL	218	84%	43	16%	261	100%

FUENTE: Matriz de sistematización de datos.

$r = 0.32$  Correlación positiva baja.

**GRÁFICO N° 10**

ESTADO CIVIL Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.



La tabla y gráfica N° 10, nos muestran las variables estado civil y su relación con el índice de función sexual.

En cuanto a la variable estado civil: El 29% de trabajadoras de salud en estudio son solteras, el 21% casadas y el 50% convivientes.

En el grupo sin disfunción sexual: El 25% de trabajadoras de salud en estudio son solteras, el 16% casadas y el 43% convivientes.

En el grupo con disfunción sexual: El 4% de trabajadoras de salud en estudio son solteras, el 5% casadas y el 7% convivientes.

Estadísticamente el coeficiente de Pearson nos muestra la correlación entre las variables estado civil y el índice de función sexual.

Como resultado encontramos:  $r = 0.32$  Correlación positiva baja.

Por lo que es posible concluir que en el 4% de los casos el estado civil soltera puede ser causa importante de disfunción sexual femenina.

Según los autores consultados: Blumel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izagurre, Sarrá S. Edad media:  $35,3 \pm 10,9$  años, casadas (50,4%) o conviviente (17,0%), con educación media (48,2%).

Afirmaciones que explican los resultados obtenidos en la presente investigación.



## 4.2 Aportación Teórico Práctica.

La revisión bibliográfica me permite afirmar que la sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social. Sin embargo, frecuentemente en la práctica clínica vemos problemas serios de sexualidad.

La sexualidad humana es un fenómeno complejo, comprende procesos tanto psicológicos como orgánicos y su comportamiento ha variado en el tiempo. Por este motivo resulta tan complejo su estudio, que sumado a los problemas metodológicos que han presentado la mayoría de los estudios que investigan el tema, resulta en una dificultad para interpretar y comparar los resultados publicados sobre esta área de la conducta humana.

El objetivo de este estudio es aplicar el test desarrollado por Rosen en mujeres en edad media y que sean trabajadoras de salud y evaluar la presencia de disfunción sexual y sus variables asociadas.

En este estudio, llama la atención que un tres de cada 10 de las mujeres evaluadas se encontraba sin actividad sexual, teniendo 71% de ellas una pareja estable. Dentro de las razones que explican la inactividad sexual en mujeres de edad media, la disfunción sexual explica el 16% de los casos y el restante está dado por similares proporciones por mala relación con la pareja o la falta de ella.



## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

### CONCLUSIONES.

#### PRIMERA:

En la presente investigación se ha encontrado diversas las determinantes (físicas, psicológicas y personales) del índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno. 2014. Con lo que queda demostrada la hipótesis planteada. (Cuadros N°01 al N°10).

#### SEGUNDA:

En cuanto al índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno en el 84% de casos no presentan disfunción sexual y el 16% si presentan disfunción sexual. (Cuadro N° 01).

#### TERCERA:

Los factores físicos: deterioro funcional por tratamientos del cáncer 2% (Cuadro N° 02). fatiga en el 8%(Cuadro N° 02), dolor en el 8% (Cuadro N° 03), mal estado de salud en el 9%(Cuadro N° 04), disfunción sexual eréctil siempre en el 4% (Cuadro N° 05).y eyaculación precoz siempre en el 3%(Cuadro N° 06), son factores

determinantes de disfunción sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno.

**CUARTA:**

En cuanto a los factores psicológicos: depresión coexistente en el 4% (Cuadro N° 07) e imagen corporal negativa en el 4% (Cuadro N° 08), son factores determinantes del índice de función sexual en mujeres de edad media que laboran en la Red de Salud Puno.

**QUINTA:**

En relación a los factores personales: edad media de 35 a 39 años 4% (Cuadro N° 09) y estado civil solteras en el 4% (Cuadro N° 10), son factores determinantes del índice de función sexual en mujeres en edad media que laboran en la Red de Salud Puno.



## SUGERENCIAS.

### PRIMERA:

A las mujeres que laboran en la Red de Salud Puno poner en práctica recomendaciones sencillas para reducir la alta frecuencia de disfunción sexual como no descuidar su vida sexual dejándola al margen por cumplir sus responsabilidades laborales y otras obligaciones, generando que la pasión disminuya.

### SEGUNDA:

En mujeres con diagnóstico de disfunción sexual se les sugiere mayor comunicación con su pareja y disfrutar del sexo sin ningún tipo de estrés y para ello recomienda evitarse estereotipos que son captados en las publicidades de televisión, Internet, revistas, entre otros, que puedan generar un nivel de exigencia o autoexigencia que redunde en forma negativa generando disfunción eréctil, problemas de eyaculación precoz y hasta pérdida del deseo sexual.

### TERCERA:

En pacientes con problemas físicos consultar con profesionales especialistas médicos y psicólogos para mejorar su actividad sexual a pesar de recibir tratamientos para enfermedades.



**CUARTA:**

A las pacientes con factores psicológicos detectados en la presente investigación deben recibir atención por profesional psicólogo con la finalidad de superarlos.

**QUINTA:**

En relación a los factores personales se sugiere a las mujeres objeto de la presente investigación mejorar sus relaciones de pareja, tratar de contar con pareja estable y solicitar consulta en la perimenopausia.



## CAPÍTULO V

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Adam B. Cuidados, intimidad y relaciones entre sexos iguales en el siglo XXI. Sexología y Sociedad 2005; 11 (28): 21-31.
2. Alarcia Alejos R, Ara Callizo Jr, Martín Martínez J, García Gomara Mj. Abordaje de la disfunción sexual en la esclerosis múltiple. Revista de Neurología 2007;44(9): 524-526.
3. Arena J. Influencia del climaterio y la terapia hormonal de reemplazo sobre la sexualidad femenina. Rev. chil. obstet. ginecol. v.71 n.2 Santiago 2006.
4. Blumel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izagurre, Sarrá S. Índice de Función Sexual Femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología. 2004;64(2):118-125.
5. Castelo Elías-Calles L, Licea Puig ME. Disfunción sexual eréctil y diabetes mellitus. Aspectos etiopatogénicos. Rev Cubana Endocrinol. 2003; 14(2). Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revista/end/vol14\\_03/end07203.htm](http://www.bvs.sld.cu/revista/end/vol14_03/end07203.htm) Consultado Junio 24, 2005.
6. Ceballos G, De la Rosa L, León E. Autoestima y disfunción sexual en estudiantes universitarias de programas de salud de Santa Marta





- (Colombia). Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. 2008; Nº 22:50-62.
7. Cerviño, M., Hernández, G., Moruno, T., Varilla, M., Moral, M., Lorenzo, A. y Blaya, R. (2009). La sexualidad humana. En: Coeducación: dos sexos en un solo mundo. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Gobierno de España.
  8. Doblado, N., Batista, I., Pérez, E. Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de sexualidad en estudiantes. Rev Cubana Obstet Ginecol v.35 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2009.
  9. Farramola. L., Erice, T., Frias, Y. Anorgasmia femenina como problema de salud. Rev Cubana Invest Bioméd vol.30 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2011.
  10. Fernández D. La eyaculación precoz. Actualización del tema. Revista Clínica de Medicina de Familia. versión impresa ISSN 1699-695X. Rev Clin Med Fam vol.7 no.1 Albacete feb. 2014.
  11. Gabor, I., Paredes, F., Caffo, R. Comparación del efecto del tipo de histereomía abdominal sobre la función sexual femenina. Rev Per Gicel Obst. 2005. 188-195.



12. Gabor, I., Paredes, F., Caffo, R. Comparación del efecto del tipo de histerectomía abdominal sobre la función sexual femenina. Rev Per Gicel Obst. 2005. 188-195.
13. Garder, David. Endocrinología Básica y Clínica de Greenspan. 7ª ed., Ed. Manual Moderno, 2007.
14. González JC. Masculinidad y Sexualidad. En: González Pagés JC. Macho, varón, masculino. Estudios de masculinidades en Cuba. La Habana: Editorial de la Mujer; 2010. p. 63-80.
15. González Y., Maceo T., Navarro D. Respuesta sexual en mujeres de edad mediana trabajadoras de la salud. Rev Cubana Endocrinol vol.22 no.2 Ciudad de la Habana Mayo.-ago. 2011.
16. Gorguet I. Principales aspectos psicosociales del comportamiento sexual. Medisan. 2008;12(1).
17. Gorguet, I. Comportamiento sexual humano. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2008.
18. Guirao L, García L, Casas I, Alfaro J, López J, Sánchez G. Disfunción eréctil como factor de riesgo cardiovascular independiente en atención primaria. Rev Int Androl 2006; 4 (2): 70-3.
19. Guyton, C.G. and HALL, J.E. Tratado de Fisiología Médica. 11ª Edición. Elsevier, 2006. Págs. 1023-24.



20. Herrera, A., Arriagada, J., González, C., Leppe, J., Herrera, F. Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. España. Actas urológicas españolas, Junio del 2008.
21. Huallpa, A., Soria, N. Una exploración de la disfunción sexual femenina no orgánica en adultas tempranas atendidas en un establecimiento del Ministerio de Salud de Lima Metropolitana 2013. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú. 2013.
22. Krzemien D, Urquijo S, Monchietti A. Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. *Psicothema*. 2004;16(3):350-6.
23. López E. González E. Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. *Oncología (Barc.)* v.28 n.3 Madrid mar. 2005.
24. Lumbreras, S., y García, T. Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* . 2008, Vol. 5 Issue 1, p155-170. 16p.
25. Mas, M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. *Rev Int Androl*. 2007; 5(1): 11-21. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/262/262v5n1a13100737pdf001>.



- 26.Masso, E. La sexualidad femenina, el holismo epistemológico y la complejidad: reflexiones para la vida contemporánea. Rev. Estud. Fem. vol.17 no.2 Florianópolis May/Aug. 2009.
- 27.Master WH, Hohnson VE. La respuesta sexual humana. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1981.
- 28.Montoya L. Sexualidad humana, valoración clínica y ginecológica; Protocolos y Tratamiento. En: Bajo J, Vicens L, Montosa X. Fundamentos de Ginecología. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009. p. 285-291.
- 29.Navarro DA, Duany A. Expresión del cese de la función reproductiva del ovario. En: Artiles Visbal L, Navarro Despaigne DA, Manzano Ovies BR, editores. Climaterio y menopausia. La Habana: Editorial Científico-Técnica.2007.p.156.
- 30.Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud, 2008.
- 31.Peláez Mendoza J. Métodos anticonceptivos y adolescencia. Ginecología pediátrica y de la adolescente. Temas para médicos de familia. Año 2007. Cap. XIX. La Habana: Ed. Científico Técnica; 2007. p. 252-70.



32. Peralta M, Mercado E. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. Rev Med Inst Mex. 2006 - medigraphic.com.
33. Perestelo, L, González, M, Rivero, AJ, Pérez, J. Herramientas de ayuda para la toma de decisiones de los pacientes con depresión. Plan de Calidad para el SNS del MSPS. SESCO; 2010. Informes de ETS: SESCO N° 2007/04.
34. Pérez C, Vargas IB, Cisneros M. Prevalencia de disfunción sexual femenina en una población que asiste a una unidad de urología. Rev Mex Urol 2008; 68(2):98-102.
35. Pérez, C., Vargas, I., Cisneros, M. Prevalencia de disfunción sexual femenina en una población que asiste a una unidad de urología. Rev Mex, 2008 - new.medigraphic.com.
36. Potosky AL, Davis WW, Hoffman RM et al. Five year outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: the prostate cancer outcomes study. J Natl Cancer Inst 96 (18): 1358-67, 2004.
37. Puentes, Y, Bécquer, A. Diagnóstico y tratamiento de la eyaculación precoz. En: Salud sexual y práctica sexológica. La Habana: Editorial CENESEX; 2008. P. 53-81.

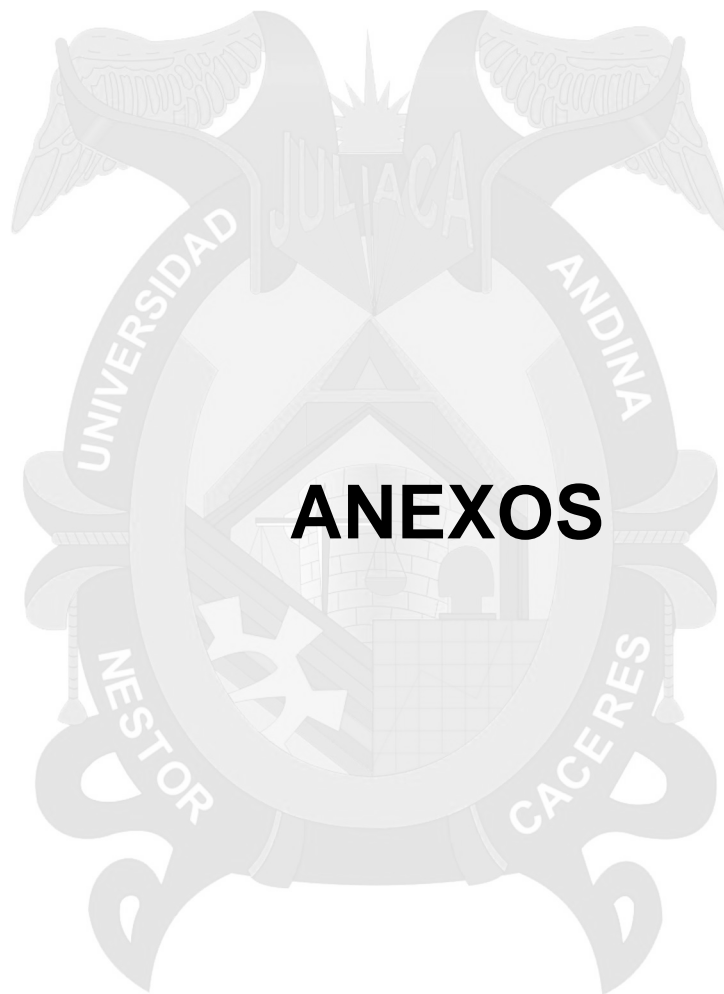




38. Ramos, M. La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. Rev. Perú. med. exp. salud publica v.23 n.3 Lima jul.-set. 2006.
39. Rivas, M., Cavero, R., Díaz, C. Disfunción sexual femenina: un problema frecuente con atención creciente. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.77 no.1 Santiago 2012.
40. Rodríguez Y, Calado M, Lameiras M. Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. International journal of clinical and health psychology, ISSN 1697-2600, Vol. 4, Nº. 2, 2004 , págs. 357-370.
41. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. Journal of Sex & Marital Therapy 2000; 26: 191-208.
42. Sánchez BC, Carreño MJ, Henales AC, Hernández EJG, Linares GAC Las distintas disfunciones sexuales masculinas y su relación con la ansiedad y la depresión. PerinatolReprodHum 2008;22:184-194.
43. Sánchez F. El médico ante el anuncio televisivo de eyaculación precoz. Rev IntAndrol. 2010;8(1):51-56.



44. Sánchez, JA, JPaulín, JA, Rebollo-Ramírez MF, Islas, G, Rivera, JA  
Detección de dispareunia asociada a infección cervicovaginal Rev  
Latinoamer Patol Clin 2011; 58 (4).
45. Sánchez-Bravo C, Morales-Carmona F: Disfunción sexual femenina su  
relación con el rol de género y la asertividad rev perinatología México  
2005 - scielo.org.m.
46. Torres R. B. Hablemos de sexualidad. Inquietudes más frecuentes sobre  
la sexualidad, el amor y la pareja. La Habana, Cuba: Editorial Científico-  
Técnica; 2006.
47. Tresguerres JAF. Fisiología humana. 3.a ed. Madrid: McGraw Hill-  
Interamericana; 2005. p. 1134-46.
48. Urrutia MT, Araya A, Rivera S, Viviani P, Villarroel L. Sexualidad de la  
mujer histerectomizada: modelo predictivo al sexto mes posterior a la  
cirugía. Rev Méd Chile 2007;135(3):317-25.
49. Valenzuela R, Contreras Y, Manriquez K. Índice de función sexual en  
trabajadoras de la salud. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.79 no.2 Santiago  
2014.
50. Wespes, E. Amar, E., Eardley, I., et al. Guía clínica sobre la disfunción  
sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz. c  
European Association of Urology 2010.



# ANEXOS

## ANEXO Nro 01

## ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Lugar: .....

Edad:.....Grado de Instrucción.....

Ocupación.....

**Instrucciones.**

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

**Definiciones.**

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

**Cuestionario:**

- 1- En las últimas 4 semanas, con qué **frecuencia** experimentó deseo o interés sexual?
- Casi siempre o siempre 5 puntos
  - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
  - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos



- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
  - Casi nunca o nunca 1 punto
- 2- En las últimas 4 semanas, en qué **porcentaje** estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?
- Muy alto 5 puntos
  - Alto 4 puntos
  - Regular 3 puntos
  - Bajo 2 puntos
  - Muy bajo o nada 1 punto
- 3- En las últimas 4 semanas, con qué **frecuencia** experimentó excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
  - Casi siempre o siempre 5 puntos
  - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
  - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
  - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
  - Casi nunca o nunca 1 punto
- 4- En las últimas 4 semanas, en que **porcentaje** estima su nivel de excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
  - Muy alto 5 puntos
  - Alto 4 puntos
  - Moderado 3 puntos
  - Bajo 2 puntos
  - Muy bajo o nada 1 punto
- 5- En las últimas 4 semanas, que **confianza** tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
  - Muy alta confianza 5 puntos
  - Alta confianza 4 puntos
  - Moderada confianza 3 puntos
  - Baja confianza 2 puntos
  - Muy baja o sin confianza 1 punto
- 6- En las últimas 4 semanas, con qué **frecuencia** ha satisfecho su excitación durante la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
  - Casi siempre o siempre 5 puntos



- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
  - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
  - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
  - Casi nunca o nunca 1 punto
- 7- En las últimas 4 semanas, con qué **frecuencia** se ha lubricado (húmedo o mojado) durante la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
  - Casi siempre o siempre 5 puntos
  - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
  - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
  - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
  - Casi nunca o nunca 1 punto
- 8- En las últimas 4 semanas, cuán **difícil** fue lubricarse (mojarse) durante la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
  - Extremadamente difícil o imposible 1 punto
  - Muy difícil 2 puntos
  - Difícil 3 puntos
  - Levemente difícil 4 puntos
  - Sin dificultad 5 puntos
- 9- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia **mantiene** la lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
  - Casi siempre o siempre 5 puntos
  - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
  - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
  - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
  - Casi nunca o nunca 1 punto
- 10- En las últimas 4 semanas, cuán **difícil** fue mantener su lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
  - Extremadamente difícil o imposible 1 punto
  - Muy difícil 2 puntos
  - Difícil 3 puntos
  - Levemente difícil 4 puntos
  - Sin dificultad 5 puntos



- 11- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, con qué **frecuencia** logra el orgasmo (climax)?
- Sin actividad sexual 0 punto
  - Casi siempre o siempre 5 puntos
  - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
  - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
  - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
  - Casi nunca o nunca 1 punto
- 12- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, cuán **difícil** fue lograr el orgasmo (climax)?
- Sin actividad sexual 0 punto
  - Extremadamente difícil o imposible 1 punto
  - Muy difícil 2 puntos
  - Difícil 3 puntos
  - Levemente difícil 4 puntos
  - Sin dificultad 5 puntos
- 13- En las últimas 4 semanas, cuán **satisfecha** estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
  - Muy satisfecha 5 puntos
  - Moderadamente satisfecha 4 puntos
  - Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
  - Moderadamente insatisfecha 2 puntos
  - Muy insatisfecha 1 punto
- 14- En las últimas 4 semanas, Cuán **satisfecha** estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?
- Sin actividad sexual 0 punto
  - Muy satisfecha 5 puntos
  - Moderadamente satisfecha 4 puntos
  - Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
  - Moderadamente insatisfecha 2 puntos
  - Muy insatisfecha 1 punto
- 15- En las últimas 4 semanas, Cuán **satisfecha** ha estado con la relación sexual con su pareja?
- Muy satisfecha 5 puntos
  - Moderadamente satisfecha 4 puntos
  - Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
  - Moderadamente insatisfecha 2 puntos
  - Muy insatisfecha 1 punto

16- En las últimas 4 semanas, Cuán **satisfecha** a estado con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

17- En las últimas 4 semanas, Con qué **frecuencia** experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 1 punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos

18- En las últimas 4 semanas, Con qué **frecuencia** experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 1 punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos

19- En las últimas 4 semanas, Con que **porcentaje** usted valora su molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy alto 1 punto
- Alto 2 puntos
- Regular 3 puntos
- Bajo 4 puntos
- Muy bajo o nada 5 puntos

Sistema de puntuación: Se obtiene la puntuación individual y se suman a los demás del mismo dominio, multiplicando por el factor correspondiente. La escala total es obtenida sumando los scores obtenidos de los 6 dominios. Un score de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes.

Dominio	Preguntas	Rango	Factor	Score mínimo	Score máximo
Deseo	1, 2	1-5	0,6	1,2	6,0
Excitación	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6,0
Lubricación	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6,0
Satisfacción	14, 15, 16	0 (o 1)-5	0,4	0	6,0
Dolor	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6,0
Rango total de la escala				<b>2,0</b>	<b>36,0</b>

Es una herramienta con propiedades psicométricas óptimas para cada uno de los 6 dominios, fácil de usar, y ha demostrado la capacidad de discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin alteraciones sexuales). Los valores obtenidos fueron  $19,2 \pm 6,63$  en pacientes con disfunción sexual versus  $30,5 \pm 5,29$  en los controles, con un valor de  $P \leq 0,001$ .

Validez del instrumento.

Este instrumento ya ha sido validado por Juan Enrique Blümel M.1, Lorena Binfá E.a, Paulina Cataldo A. aAlejandra Carrasco V.a, Humberto Izaguirre L.1, Salvador Sarrá C.1

En base al instrumento de Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. Journal of Sex & Marital Therapy 2000; 26: 191-208.

## ANEXO Nro 02

DETERIORO FUNCIONAL POR  
TRATAMIENTOS DE CÁNCER

- ☐ Radioterapia
- ☐ Quimioterapia
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno

FATIGA

- ☐ Siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

DOLOR

- ☐ Siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

ESTADO DE SALUD

- ☐ Bueno
- ☐ Regular
- ☐ Malo

DISFUNCIÓN SEXUAL ERECTIL DEL  
VARON

- ☐ Siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

EYACULACIÓN PRECOZ

- ☐ Siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

DEPRESIÓN COEXISTENTE

- ☐ Siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

IMAGEN CORPORAL

- ☐ Positiva
- ☐ Negativa

EDAD

- ☐ 25 a 29 años.
- ☐ 30 a 34 años
- ☐ 35 a 39 años

ESTADO CIVIL

- ☐ Soltera
- ☐ Casada
- ☐ conviviente

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL

Sin Disfunción sexual (19.3 a 36 puntos)  
Con disfunción sexual (19.2 ó menos)



ANEXO Nro 03  
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

DETERMINANTES DEL ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DE EDAD MEDIA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD PUNO. 2014.

		INDICE DE FUNCION SEXUAL		DETERIORO FUNCIONAL				FATIGA			DOLOR			ESTADO DE SALUD			DISFUNCIÓN SEXUAL ERECTIL			EYACULACIÓ N PRECOZ			DEPRESIÓN COEXISTENT E			IMAGEN CORPOR AL		EDAD			ESTADO CIVIL			
N R O	H C	NO RM AL (19. 3 a 36 punt os)	DISFU NCIÓ N SEXU AL (19.2 ó meno s)	5 Radio terapi a	5 Quimi oterap ia	5 O tro	5 Nin gun o	5 Sie mpr e	5 Alg una s vec es	5 Nu nc a	5 Sie mpr e	5 Alg una s vec es	5 Nu nc a	5 Bu en o	5 Re gul ar	5 M al o	5 Sie mpr e	5 Alg una s vec es	5 Nu nc a	5 Sie mpr e	5 Alg una s vec es	5 Nu nc a	5 Sie mpr e	5 Alg una s vec es	5 Nu nc a	5 Po siti va	5 Neg ativ a	5 25 a 29 años .	5 30 a 33 años s	5 35 a 39 años s	5 Sol ter a	5 Ca sad a	5 convi ent e	
1		1					1		1						1				1						1						1			1
2		1					1			1					1					1						1				1			1	
3		1					1			1					1					1						1						1		1
4		1					1			1				1						1						1				1			1	
5		1					1			1				1						1				1					1			1		
6		1					1			1				1						1				1					1			1		
7		1					1			1				1						1				1					1			1		
8		1					1			1	1				1					1				1				1			1		1	
9		1					1			1				1						1				1					1			1		
10		1					1			1				1						1				1					1			1		
11		1					1			1				1						1				1					1			1		
12		1					1			1				1						1				1					1			1		
13		1					1			1				1						1				1					1			1		
14		1					1			1					1					1				1							1	1		



15	1					1			1			1	1				1			1			1	1				1		1		
16	1					1			1			1	1				1			1			1	1				1			1	
17	1					1		1			1		1				1			1			1	1			1			1		
18	1					1			1			1	1				1		1			1	1				1		1			
19	1					1	1				1		1				1			1			1	1			1		1			
20	1					1			1			1	1				1		1			1	1				1			1		
21	1					1			1			1	1				1			1			1	1			1		1			
22	1					1			1			1	1			1			1			1	1			1		1				
23	1					1			1			1	1				1			1			1	1			1		1			
24	1					1		1			1		1			1			1			1	1			1	1	1				1
25	1					1			1			1	1				1			1			1	1			1					1
26	1					1			1			1	1				1			1			1	1			1	1				
27	1					1		1			1		1				1			1			1	1			1			1		
28	1					1		1			1		1				1		1			1	1			1	1		1			
29	1					1		1			1		1				1			1			1	1			1			1		
30	1					1			1			1	1				1			1			1	1			1			1		
31	1					1			1			1	1				1			1			1	1			1			1		
32	1					1			1			1	1			1			1			1	1			1		1			1	
33	1				1			1			1	1					1		1			1	1			1		1			1	
34	1				1			1			1	1					1			1			1	1			1			1		
35	1					1			1			1	1				1			1			1	1			1			1		

[illegible]



57		1				1			1		1			1			1			1		1			1		1	
58		1				1			1		1				1			1		1			1			1		1
59			1			1			1		1				1			1		1			1			1		
60		1				1			1		1				1			1		1			1			1		
61		1				1			1		1				1			1		1			1		1		1	
62		1				1			1		1				1		1		1			1			1		1	
63		1				1			1		1				1			1		1			1			1		1
64		1				1			1		1				1			1		1			1			1		1
65		1				1			1		1				1			1		1			1			1		1
66		1				1			1		1			1			1		1			1			1		1	
67		1				1			1		1				1			1		1			1			1		1
68			1			1		1			1			1			1		1			1			1		1	
69			1			1			1		1				1			1		1			1			1		1
70			1			1		1			1				1			1		1			1			1		1
71		1				1			1		1				1			1		1			1			1		1
72			1			1		1			1				1			1		1			1			1		1
73			1			1			1		1				1			1		1			1			1		1
74		1				1			1		1				1			1		1			1			1		1
75		1				1			1		1				1			1		1			1			1		1
76		1				1			1		1				1			1		1			1			1		1
77		1				1			1		1				1			1		1			1			1		1



78		1				1			1		1		1			1			1			1
79			1			1		1		1			1			1		1			1	
80		1				1			1				1			1			1			1
81		1				1		1		1			1			1		1			1	
82		1				1			1				1			1		1			1	
83		1				1		1		1			1			1		1			1	
84		1				1		1					1			1		1			1	
85		1				1			1				1			1			1			1
86		1				1			1				1			1			1			1
87			1			1		1		1			1			1		1			1	
88			1			1		1		1			1			1		1			1	
89		1				1			1				1			1		1			1	
90		1				1			1				1			1		1			1	
91		1				1			1				1			1		1			1	
92		1				1			1				1			1			1			1
93		1				1		1		1			1			1			1			1
94		1				1		1		1			1			1		1			1	
95		1				1			1				1			1			1			1
96		1				1			1				1			1			1		1	
97		1				1		1		1			1			1			1		1	
98		1				1		1		1			1			1		1			1	





99		1				1			1			1	1				1			1			1	1			1				1
100		1			1			1			1		1				1			1			1		1		1				
101						1			1			1		1				1			1			1		1					
102		1					1			1			1	1				1			1			1	1			1			
103							1			1			1	1				1			1			1	1			1			
104		1					1				1		1	1				1			1			1	1			1			
105							1				1			1				1			1			1	1			1			
106		1					1				1			1				1			1			1	1			1			
107							1				1			1				1			1			1	1			1			
108		1					1			1			1					1			1			1		1		1			
109							1				1			1				1			1			1	1			1			
110		1					1				1			1				1			1			1	1			1			
111							1				1			1				1			1			1	1			1			
112		1					1				1			1				1			1			1	1			1			
113							1				1			1				1			1			1	1			1			

[illegible]



1 2 8		1				1		1			1		1			1			1			1			1				
1 2 9		1				1		1			1		1			1			1			1			1				
1 3 0		1				1		1			1		1			1		1			1			1			1		
1 3 1		1				1		1			1		1			1			1			1			1			1	
1 3 2		1				1		1			1		1			1		1			1			1			1		
1 3 3		1				1			1			1		1		1			1			1			1			1	
1 3 4		1				1			1			1		1			1			1			1			1		1	
1 3 5		1				1		1			1		1			1			1			1			1		1		
1 3 6		1				1		1			1		1			1			1			1			1		1		
1 3 7		1				1		1			1		1			1			1			1			1		1		
1 3 8		1				1		1			1		1			1			1			1			1		1		
1 3 9		1				1			1			1			1			1			1			1		1		1	
1 4 0		1				1			1			1			1			1			1			1		1		1	
1 4 1		1				1		1			1		1			1			1			1			1		1		
1		1				1		1			1		1			1			1			1			1		1		

[illegible]

[illegible]





171		1				1			1		1		1			1			1			1			1			1			1
172		1				1		1			1		1			1			1		1			1			1			1	
173		1				1		1			1		1			1			1		1			1			1			1	
174		1				1		1			1		1			1			1		1			1			1			1	
175		1				1	1			1		1			1			1		1		1			1			1			1
176		1				1			1			1	1			1			1		1			1			1			1	
177		1				1			1			1	1			1			1		1			1			1			1	
178		1				1			1			1	1			1			1		1			1			1			1	
179		1				1			1			1	1			1			1		1			1			1			1	
180		1				1		1			1		1			1			1		1			1			1			1	
181		1				1		1			1		1			1			1		1			1			1			1	
182		1				1		1			1	1			1			1		1		1			1			1			1
183		1				1			1			1	1			1			1		1			1			1			1	
184		1				1			1			1	1			1			1		1			1			1			1	
1		1				1			1			1	1			1			1		1			1			1			1	

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]



[illegible]

[illegible]



TESIS UANCV



UNIVERSIDAD ANDINA  
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

